

Cena, María Virginia

El adolescente como paciente identificado y la función que cumple el síntoma para su sistema familiar: sistematización de una experiencia. Contexto clínico

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciado en Psicología**

Director: Vaiman, Marcelo

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA.

Facultad de Filosofía y Humanidades.

Licenciatura en Psicología.



TRABAJO INTEGRADOR FINAL.

Sistematización de prácticas.

(Contexto Clínico)

“El adolescente como paciente identificado y la función que cumple el síntoma para su sistema familiar: sistematización de una experiencia.”

Autor: Cena María Virginia

Director: Lic. Vaiman Marcelo

2020

“El adolescente como paciente identificado y la función que cumple el síntoma para su sistema familiar: sistematización de una experiencia.”

Agradecimientos.

A la Clínica Privada Saint Michel por brindar el espacio y, sobre todo, a sus profesionales por la dedicación y predisposición que permitió el aprendizaje y por transmitirnos el amor al ejercicio de la profesión.

Al Licenciado Marcelo Vaiman, mi director de Trabajo Final; por brindarme su tiempo con dedicación, estar atento a todas mis inquietudes y acompañarme durante los meses finales.

A la Licenciada Paula Catanese; por acompañarme desde el inicio en la redacción del TIF y su disposición a brindarme bibliografía.

A mi familia, mis papás y mi hermana; por su sacrificio y esfuerzo, por creer en mí y ser el motor de mis sueños, por el amor y la paciencia de todos estos años, por su motivación a seguir, por ser los pilares en mi día a día.

Al resto de mi familia, en especial a mi tía Mary y mi abuela; por motivarme para cada examen.

A mis amigas de siempre; por alentarme y acompañarme en este largo recorrido y permitirme compartir mis experiencias con ellas.

A mis amigas colegas; por su apoyo incondicional, que hizo más liviano este camino. Por compartir conmigo alegrías y tristezas y estar presentes en cada paso

ÍNDICE GENERAL.

1. Introducción	3
2. Contexto de práctica	5
2.1 Contexto clínico	5
2.1.1 Recorrido histórico sobre la salud mental	5
2.1.2 Estado de la salud mental en Córdoba	9
3. 1 Contexto institucional	11
3.1.1 Hospital monovalente	11
3.1.2 Contexto socio- histórico	15
3.1.3 Institución privada	16
4 Eje de sistematización	18
5 Objetivos	19
6 Perspectiva teórica	20
6.1 Sistema familiar: enfoque sistémico	20
6.1.1 Ciclo vital	23
6.1.2 Estructura familiar	25
6.2 Paciente identificado	33
6.2.1 Síntoma	36
6.3 Una mirada sistémica de la adolescencia	38
6.3.1 Adolescente sintomático	39
6.4 Cuadro sintomático: la depresión y los intentos de	

	suicidio en la adolescencia	41
7	Modalidad de trabajo	45
7.1	Tipo de estudio	45
7.2	Caracterización de los sujetos	46
7.3	Técnicas de recolección de datos	48
7.4	Implicancias éticas	50
8	Análisis y síntesis de la experiencia	52
8.1	Recuperación del proceso vivido	52
8.2	Análisis y síntesis	62
8.2.1	Caso 1: Daiana	63
8.2.2	Caso 2: Camilo	83
9	Conclusiones	102
10	Bibliografía	105
11	Anexo	109
11.1	Caso 1: Daiana	109
11.2	Caso 2: Camilo	142

1. INTRODUCCIÓN.

1. INTRODUCCIÓN.

Como requisito para la finalización de la carrera Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba, resulta necesario llevar a cabo el Trabajo Integrador Final que consiste en la Sistematización de una experiencia, en este caso realizada a partir de la práctica en la institución monovalente Clínica Privada Saint Michel llevada a cabo durante el período abril- noviembre 2019.

En el presente trabajo, se toma como base la experiencia desarrollada en dicho establecimiento para realizar una interpretación crítica de la misma a partir del ordenamiento de lo vivido, los procesos intervinientes, factores, relaciones, etc. La metodología que se asume es la de Sistematización ya que permite la reconstrucción y reordenamiento de los datos obtenidos a lo largo de la experiencia, dando lugar a una interpretación crítica y conceptual de los mismos (Jara Holliday, 2011).

El eje de sistematización delimitado es el siguiente: *“El adolescente como paciente identificado y la función que cumple el síntoma para el sistema familiar”*. La perspectiva teórica que lo atraviesa es la Teoría Sistémica, la cual apunta a una perspectiva holística e integradora, aquí, lo importante son las relaciones y los conjuntos que emergen de las relaciones. Dentro de un sistema familiar, una conducta adolescente es considerada problemática cuando transgrede normas en un ámbito específico, sin embargo, es necesario considerar que dichas conductas se dan dentro de un contexto, por lo tanto, el problema ya no estaría sólo en la persona sino también en su entorno. Es así como, desde el enfoque sistémico, se apunta a comprender la razón por la cual ese comportamiento no se ajusta al contexto, centrando la atención no únicamente en el hijo adolescente sintomático, sino en su ambiente relacional (principalmente la familia) (Micucci, 2005). Por este motivo, los objetivos a cumplir a lo largo del análisis ponen su énfasis en tres cuestiones fundamentales: el adolescente y la historia de su cuadro sintomático, la estructura del sistema familiar y la función que cumple el adolescente sintomático para dicho sistema.

Para llevar a cabo la sistematización fue necesario describir diferentes apartados que se van desarrollando a lo largo del trabajo: en primer lugar, el Contexto de Práctica que incluye: *Contexto clínico*; en el que se realiza un recorrido histórico acerca de los cambios y transformaciones que se

fueron sucediendo en el área de salud mental, y en el rol del psicólogo clínico a lo largo de los años, iniciando con una descripción del contexto nacional y luego puntualizando en la situación actual de la provincia de Córdoba. Y *Contexto institucional*; aquí se lleva a cabo una descripción detallada de los ámbitos y espacios con los que cuenta la clínica, de qué modo funcionan, a quiénes alberga. Además, algunas cuestiones relacionadas con la historia de la Clínica, su evolución en el tiempo, los cambios que se fueron implementando y su relación con la actual Ley de Salud Mental.

También será fundamental considerar la Modalidad de trabajo referida al quehacer en una sistematización de la experiencia, incluyendo que técnicas de recolección de datos se aplicaron en la población, la muestra delimitada para el análisis (adolescentes que atraviesan una internación aguda), caracterización de la muestra, entre otros. La Perspectiva Teórica refiere a la fuente desde la cual obtendremos los conocimientos teóricos para analizar los datos recolectados. Dentro de ella se incorporan aquellos términos y conceptos presentes en los objetivos ya que serán fundamentales para el posterior estudio.

En las instancias finales, se llevará a cabo el Análisis y síntesis de la experiencia en primer lugar, la *Recuperación del proceso vivido*, aquí se realiza una descripción desde lo experiencial, lo más pura posible, de las actividades de las que se ha participado y vivenciado, para dar cuenta de ello se citan los registros diarios de forma textual. El objetivo es lograr que el lector pueda elaborar una idea clara acerca de la práctica descrita. En segundo lugar, el *Análisis teórico y crítico* que permitirá dar cuenta de porque pasó lo que pasó, en relación al eje de sistematización (Jara Holliday, 2011).

Por último, se incluyen las Conclusiones extraídas del acercamiento al rol profesional mediante la experiencia de práctica y las inferencias propias del análisis crítico y conceptual de las experiencias sistematizadas.

2. CONTEXTO DE PRÁCTICA.

2.1 CONTEXTO CLÍNICO.

En el siguiente apartado se llevará a cabo una descripción sobre la evolución histórica del contexto clínico. La misma consta de dos partes, en primer lugar, se realiza una puntualización sobre cuestiones pertinentes a la Ley Nacional de Salud Mental, para luego historizar sobre cómo fue que se llegó a la sanción de dicha ley, es decir, qué camino debió recorrerse y qué transformaciones debieron gestarse para que esto suceda. Se incluye, también, información referida a la aparición de la teoría sistémica a nivel mundial. Por último, se desarrolla sobre el estado actual de la salud mental en Córdoba.

2.1.1 RECORRIDO HISTÓRICO SOBRE LA SALUD MENTAL.

A lo largo de la historia han sucedido diferentes transformaciones dentro del ámbito de la Psicología Clínica, las cuales fueron abarcando tanto teorizaciones como prácticas y a su vez implicaron diferentes modos de concebir tanto al sujeto como a la enfermedad mental.

En la actualidad, podemos pensar al campo de la Salud Mental atravesado y determinado por la Ley Nacional 26.657 sancionada en el año 2010. Considero pertinente introducir esta cuestión citando el modo en que dicha ley concibe a la salud mental. En su artículo tercero plantea que:

se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. (Ley Nacional No. 26.657)

A partir de dicho artículo, es posible considerar a la salud mental como co- construida, es decir, ya no solo se encuentra la persona como individuo aislado, sino atravesado por una serie de factores que lo determinan e influyen en su conducta.

Desde la perspectiva de la nueva ley de salud mental, el contexto relacional no puede ser dejado de lado debido a que posee una relevancia fundamental en el abordaje de la complejidad del usuario. Las relaciones significativas son para el individuo una parte inherente del sí mismo, por lo tanto, un abordaje clínico no debería prescindir de él. De este modo, nos aproximaremos a una concepción más amplia y abarcativa de la persona, considerándola un sistema atravesado por su propio contexto relacional e interaccional.

El establecimiento de dicha ley marcó un antes y un después en el campo de la Salud Mental, siendo su objetivo primordial la *desmanicomialización* con proyección hacia el año 2020; hoy en día, es sabido que, a diez años de la sanción de la Ley de Salud Mental en Argentina aún falta mucho para el logro final de esta meta, sin embargo, tampoco pueden ignorarse ciertos avances que se han ido implementando, fundamentalmente en cuanto a los hospitales de día, tratamientos ambulatorios y casas de medio camino. Si bien queda un largo camino por recorrer en cuanto a la utilización de camas en los hospitales generales para la enfermedad mental, todo indicaría que a media plazo podrían alcanzarse los objetivos establecidos en la ley.

Remontando en la historia, podemos pensar, entonces, al año 2010 como un año clave, ya que se sancionaron tanto la Ley Nacional como la Ley Provincial de Salud Mental. Ambas proponen un cambio de lógica en el abordaje de la salud mental dentro del marco de los derechos humanos.

Sin embargo, para llegar hasta este momento histórico- social, se debió recorrer un largo camino. Tal como plantea Stagnaro (2006), en la época colonial de Buenos Aires, el enfermo mental no era reconocido como tal, es por ello que no tenían un lugar de tratamiento específico, sino que, en el caso de que se los considerara *mansos*, vagaban por las calles y poblados del virreinato, de lo contrario caían en los calabozos del Cabildo y en el caso de las familias más acomodadas simplemente eran ocultados de la mirada pública.

En el Siglo XX se destacan los aportes de Ramos Mejía, quien publica el primer texto psicopatológico argentino, y comienza a estudiar la psiquiatría desde aspectos de la personalidad. Hacia 1969 Sauri, realiza una importante publicación en la que postula que el ser humano se

estructura a través de un largo proceso de lucha consigo mismo y con la propia enajenación. Por su lado Hugo Vezzetti (citado en Stagnaro, 2006), estudia la locura en Argentina y plantea que ésta es objeto de discursos y prácticas. En estos años, el denominado *loco pobre* era obligado a vivir en un espacio manicomial que llamaban *su habitat*. Este aislamiento en las instituciones monovalentes constituyó a la locura como objeto teórico y así es como el loco deviene objeto de la investigación científica.

Los años comprendidos entre 1955 y 1973, se identificaron como una parte constitutiva del nuevo espacio socio- sanitario designado como campo de la Salud Mental; el psicoanálisis creció en abundancia, se institucionalizó y sufrió algunas crisis, se destacan en este momento los aportes de Pichon Riviere.

Es así como comienza a gestarse una nueva concepción de sujeto construido en interacción con su medio natural y social, tal como plantea Najmanovich (2005) se hace necesario dejar de pensar a las personas como individuos aislados y comenzar a considerarlas integrando múltiples redes interaccionales, multidimensionales y complejas. En este sentido, el sistema familiar se presenta como parte constitutiva del ser. Se propone eliminar la concepción de *individuo portador del síntoma* y pasar a considerar la salud mental como un entramado de relaciones sociales y familiares.

En paralelo, a nivel mundial, es posible identificar que hacia el año 1970 comienza a delinearse el Enfoque sistémico, el cual es una aproximación multidisciplinar a ciertos problemas que se han querido abordar en muy diversos campos del saber humano, basándose en el concepto de sistema. La aparición de esta línea teórica, coincide en tiempo y espacio con otros muchos eventos de primordial importancia para entender el desarrollo de la ciencia y la tecnología que conocemos hoy en día.

Este enfoque sistémico permite otra manera de mirar la realidad y de comprender al ser humano como sistema, inserto en un sistema más grande. En este sentido, se presenta como una herramienta conceptual que permite manejar realidades complejas y que además es un reflejo de esa realidad. De este modo, podemos notar cómo, ya a nivel mundial, la salud mental, estaba pensándose en términos relacionales, es así como se produce el pasaje del síntoma individual al sistema sintomático. Éste enfoque se consolida hacia la década del 80.

Todas estas conceptualizaciones estuvieron atravesadas por avatares sociohistóricos diversos. En Argentina, en los 70, con el Golpe de Estado, el lugar del psicólogo comienza a ser un tanto caótico obstaculizando el desarrollo y despliegue de la psicología clínica, debido a que el gobierno de facto censuró la gran mayoría de la bibliografía existente, muchos profesionales debieron exiliarse, el ejercicio de la profesión es cercenada y se cierran la mayor parte de carreras de Psicología en el país. También, se ven obstaculizados los desarrollos en relación a la noción de la salud mental desde una mirada relacional.

González Aguirre (2012), plantea que el regreso de la democracia en 1983 supuso la salida hacia un campo abierto y seguro. Así es como comenzaron las luchas de los profesionales psicólogos para obtener leyes reguladoras y un lugar significativo para la Salud Mental. En Córdoba, en 1984 se establece la Ley Provincial 7.106 de Disposiciones para el ejercicio de la psicología o ley del ejercicio profesional. Se retoma la mirada sistémica/relacional de la salud mental, como así también el abordaje interdisciplinario.

Siguiendo con el autor, podemos pensar en las ventajas que proporcionó la obtención de esta ley ya que, al legalizar la actividad, se brindaron oportunidades de trabajo a los psicólogos en el sector público que abrió las puertas para el desarrollo de distintos ámbitos de trabajo en el campo de la prevención, promoción asistencial y rehabilitación.

Entre los años 1980 y 1990 surge una mirada hacia la salud entendida como un ámbito interdisciplinario y no como patrimonio de una ciencia específica. “Este énfasis en la Salud Mental permitió pasar de un modelo asistencialista a un enfoque preventivo, el cual debía reflejarse en la formación que brindaría la escuela” (González Aguirre, 2012, p. 195). El psicólogo, entonces, se constituye como un trabajador de la salud, portador de una visión crítica y sobre todo comprometido con la comunidad.

Así, comienza a gestarse un nuevo modo de concebir la psicología y el ejercicio profesional. A lo largo de estos años, empiezan a llegar a Argentina ideas novedosas desde algunos países que iniciaban nuevas perspectivas y modalidades tanto en lo teórico como práctico. En relación al individuo se inicia una concepción del ser inserto en un sistema mayor, y, por lo tanto, la salud mental, pasa a concebirse como algo que adviene y deviene en y por las interacciones sociales y relacionales en las que dicho individuo participa.

Bajo estas consideraciones, es que, luego de años de muchas discusiones y de algunos obstáculos que pusieron algunos actores; se sanciona la Ley Nacional y la Ley Provincial de Salud Mental, que significó un avance en el reconocimiento de las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho y para la sustitución del manicomio por tratamientos dignos. La ley 9.848 se propone establecer las bases para el establecimiento de un Plan Provincial de Salud apuntando a priorizar, como objetivo estratégico, la transformación del sistema provincial de salud mediante la planificación de acciones que permitan: abordaje dinámico e interdisciplinario, salud mental dentro del contexto, inclusión social. En su Artículo n°28 establece: “Los hospitales generales, que cuenten con servicios de salud mental, deben admitir personas con padecimiento mental en situación de crisis, por períodos breves, en las mismas condiciones que cualquier otro paciente del hospital” (Ley Provincial No. 9.848).

A partir de esta concepción de salud mental dentro de un contexto más amplio, se reafirma que ésta, no podrá ser asunto de uno o dos profesionales como psiquiatras o psicólogos, por el contrario, deben darse numerosas intervenciones inter y multidisciplinarias para dar respuestas a las problemáticas complejas que surgen del entramado relacional actual.

2.1.2 ESTADO DE LA SALUD METAL EN CÓRDOBA.

La realidad muestra que, actualmente en Córdoba el panorama es complejo. Como plantea Burijovich et al. (2014), la ley reúne una serie de condiciones inexistentes en la legislación local que dificultan su efectiva implementación. En dicho artículo, se establece que, en los últimos años, se ha puesto de manifiesto la situación de desinversión del sistema sanitario en la provincia de Córdoba, de la que el sector de salud mental forma parte. La defensa de la salud mental pública como derecho apunta justamente a la eliminación de las instituciones manicomiales, pero, tal como se plantea, la desinstitucionalización no es sinónimo de desinversión, sin embargo, pareciera que, en sus políticas, el estado, no considerara la salud mental como una inversión sino como un gasto

(Buriyovich et al., 2014), dificultando las condiciones de pasaje de los recursos desde un modelo manicomial a uno comunitario.

La escasa presencia de recursos, tales como la disponibilidad de equipos interdisciplinarios en los centros de salud, produce límites en las prestaciones de servicios y dificulta a las poblaciones el acceso a la salud mental. La escasa presencia de servicios de salud mental comunitarios en la misma línea, se asocia a la precariedad de los recursos y estrategias que a nivel de promoción y prevención existen. Por último, la pobre inversión de recursos en infraestructura, personal, dispositivos de tratamiento y atención cristalizan los déficits de políticas públicas en este sector del sistema sanitario y de desfinanciamiento al que asistimos (Buriyovich et al., 2014).

Podemos ver cómo, tanto en el año 2019 como 2020, las luchas por la implementación de las leyes tanto Nacional como Provincial, continúan y se masifican año a año, apuntando a la eliminación de una lógica manicomial que produce y reproduce significados y acciones vinculados al encierro como único modo de operar y abordar los padecimientos mentales; lo cual conlleva a que el sujeto quede desdibujado y estigmatizado. De acuerdo con Buriyovich et al. (2014) resulta urgente poder desnaturalizar y visibilizar algunas acciones o funcionamientos institucionales que “continúan levantando muros, fortaleciendo silencios, y vulnerando derechos, garantizando la exclusión, marginalidad, segregación, desaparición, anonimato, objetivación de miles y millones de personas” (p. 31).

Por lo tanto, si bien queda un largo camino por recorrer, asistimos a un cambio de época en nuestro campo fundado en el pasaje de una mirada cerrada e individualista de la salud mental y del ser aislado; a una concepción integral de la persona inserta en un sistema familiar y social más amplio que lo sujeta y determina.

3.1 CONTEXTO INSTITUCIONAL.

El siguiente apartado tiene como objetivo lograr una caracterización institucional del lugar en el que se desarrollaron las Prácticas Profesionales teniendo en cuenta el espacio físico y el tiempo socio histórico en el que se encuentra inmersa. Para ello, el apartado se organiza en tres ejes fundamentales: el significado de institución monovalente, la influencia del contexto y la connotación de institución privada.

La Clínica Saint Michel es un hospital psiquiátrico correspondiente al ámbito privado y fundada en 1983 por el Dr. Jorge Michref, y su esposa Ismery Suárez, Lic. en Psicología. Es una institución destinada al tratamiento de patologías inherentes a la salud mental. Según datos que pudimos recabar, la institución comienza a funcionar en una casa de dos plantas ubicada en el Cerro de las Rosas y luego se traslada al edificio de Sagrada Familia que posteriormente fueron ampliando.

3.1.1 HOSPITAL MONOVALENTE.

La clínica se autodenomina como institución monovalente. La actual legislación en materia de salud mental Ley Nacional 26.657, propone la desmanicomialización, noción que representa, según Cohen (2013), “desmontar, descentrar, desjerarquizar, desarmar el manicomio” (p. 113), con proyección hacia el año 2020, en relación a esto, es posible referir a aquellos cambios que ha implementado la institución acatando los lineamientos de dicha ley.

En cuanto de las innovaciones más significativas se encuentra la creación del Hospital de Día fundado aproximadamente en el año 1991 por un profesional Licenciado en Psicología. A partir de

los datos que pudimos recolectar, al comienzo funcionaba solo media jornada, lo cual no incluía almuerzo y abría sus puertas únicamente algunos días a la semana. Tampoco se contaba con un enfermero coordinando el área, es decir, se encontraba solo el paciente con la persona a cargo de la actividad. A partir de la nueva coordinación del Programa y las nuevas disposiciones de la Ley, se logró ampliar a jornada completa durante todos los días de la semana. Este dispositivo es una modalidad terapéutica intermedia, entre la atención ambulatoria y la internación, apunta a contener y abordar desde un trabajo interdisciplinario el tratamiento del paciente. Para ingresar a dicho dispositivo se accede a una primera entrevista de admisión, en la que se evalúan las necesidades e intereses del paciente y sus familiares, se brinda orientación y asesoramiento, diseñando de esta manera un programa de actividades acordes a los requerimientos de cada caso. El dispositivo está orientado a pacientes con Diagnóstico de Psicosis, Trastorno Bipolar y Trastornos Afectivos, en sus diversas presentaciones.

Entre los objetivos terapéuticos a los que apunta se destacan la resocialización y la rehabilitación del paciente, se intentan rescatar aquellos potenciales sanos, activando y estimulando las capacidades personales. El Hospital de Día, como estrategia terapéutica, previene las reinternaciones y recaídas. Asimismo, favorece el vínculo entre el paciente y la familia.

A este tipo de dispositivo asisten tanto pacientes que han atravesado un proceso de internación previo, como también otros que nunca han estado internados, pero lo requieren para su rehabilitación, tal sería el caso de pacientes psicóticos funcionales y auto válidos. Luego, entre ellos hay algunos que asisten Jornada Completa, es decir desde la mañana hasta la tarde incluyendo desayuno y almuerzo (de 9 a 17 horas) y luego regresan a sus hogares; otros asisten Jornada Breve que puede ser durante la mañana (de 9 a 12 horas) o la tarde (de 13 a 17 horas). A su vez, la cantidad de días semanales que asisten es determinado por el equipo tratante. Entre las actividades que se realizan podemos mencionar:

- El taller de laborterapia
- Taller de videodebate
- Gimnasia
- Taller de estimulación cognitiva.
- Taller de reflexión grupal.
- Ludoterapia

- Taller educativo cultural.
- Taller de expresión musical

Otro dispositivo que se incorpora como modalidad de rehabilitación, son las Casas de medio camino cuyo funcionamiento es a puertas abiertas. Actualmente la clínica cuenta con una casa que funciona desde septiembre de 2017 y tiene lugar para seis pacientes. Dichas personas pueden salir con el acompañante terapéutico para realizar determinadas actividades y a su vez se plantean actividades dentro de la casa, también realizan salidas semanales a sus grupos familiares. Dentro de las actividades que se proponen son: acompañamiento en la organización de la vida cotidiana; asistencia a hospitales de día, talleres u otra actividad fuera del dispositivo; entrevistas familiares; asambleas mensuales con los familiares; etc. Además, el dispositivo se enmarca dentro de un reglamento de convivencia en el que se pautan diferentes hábitos, limpieza, conservación de mobiliario, horarios, actividades individuales y grupales, constitución de fondo común, cuidado de bienes personales, etc.

El objetivo que establece la clínica para esta modalidad de rehabilitación es que los usuarios puedan desenvolverse en sociedad, en un plazo de tiempo previsto para tal fin, en forma autónoma, autogestiva y participativa mediante un proyecto de vida personal. Está orientada al reforzamiento, restitución o promoción de lazos sociales promoviendo al mantenimiento de vínculos con el entorno social y laboral del residente. También permite sostener la continuidad del tratamiento ambulatorio ya que está dirigida a pacientes con padecimiento mental compensado. La permanencia en el dispositivo será limitada en el tiempo de acuerdo a cada residente.

En dicho espacio se incluyen diversos profesionales, entre ellos: trabajadores sociales, nutricionista, acompañante terapéutico y atención psiquiátrica y psicológica ambulatoria. Tal como se plantea desde la clínica está dirigido a:

- Pacientes estabilizados mediante tratamiento en vigencia psicofarmacológica y/o psicoterapéuticos. Con diagnóstico de Neurosis, Psicosis, etc. Sin patología de orden orgánico.
- Sin posibilidades de reinserción socio-familiar inmediata. Con vínculos débiles que le impiden sostenerse por sí mismos en la vida social.
- Con cierto grado de autonomía e independencia para desempeñarse en la vida cotidiana (auto válidos).

- Edades entre 21 a 60 años.
- Sin trastornos de orden cognitivo.
- Con autonomía económica para desarrollar actividades que garanticen independencia.
- Con familiares o amigos referentes comprometidos para facilitar el trabajo de vínculos referenciales.

En cuanto al dispositivo de internación, se adapta a lo establecido por la Ley 26.657 que establece en su artículo catorce:

La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social (...). (Ley Nacional No. 26.657)

Una de las grandes bases sobre las cuales se sostiene el funcionamiento de la institución es el Programa Infanto- juvenil. Se presenta como un plan de tratamiento para los pacientes internados menores de edad (-18 años), el abordaje terapéutico que se ofrece incorpora la participación activa del sistema familiar. Esta cuestión también es un modo de cumplir con uno de los derechos fundamentales que plantea la ley 26.657 sobre los usuarios de salud mental: “Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe” (Ley Nacional No. 26.657).

Con el objetivo de realizar una evaluación interdisciplinaria más amplia acerca de la situación particular de cada adolescente, se implementa (durante la internación) por lo menos una sesión de terapia familiar en Cámara Gesell. Este enfoque intenta desviar el foco de la mirada del menor como *el problema* dentro de la familia, e invita a ampliar la perspectiva de abordaje hacia todos los miembros considerando la disfuncionalidad del sistema como unidad.

En la institución se prioriza el cumplimiento de los derechos de niñas, niños y adolescentes apuntando a un abordaje lo más amplio, interdisciplinario e intersectorial posible. Por lo tanto, a partir de esta tarea se enfatiza el reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales.

Otro aspecto sumamente importante es la consolidación del trabajo interdisciplinario e intersectorial incluyendo, además de los profesionales mencionados en la ley: psicopedagoga, nutricionista, profesores de educación física, médicos clínicos, fisioterapeutas, entre otros. Se privilegia un trabajo colaborativo en el que todos los profesionales conocen a cada uno de los pacientes y los evolucionan diariamente, es decir, por más que no sean pacientes específicos de alguno de ellos, conocen del caso y están al tanto de su día a día, sus inquietudes, demandas, necesidades.

Por lo tanto, esto podría verse como una adaptación más a la ley que esta institución incorpora, representando el cumplimiento del artículo octavo que propone:

Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. (Ley Nacional 26.657)

3.1.2 CONTEXTO SOCIO- HISTORICO.

Para continuar con la presente descripción, resulta pertinente realizar una contextualización socio histórica para situar la creación de dicha institución en el tiempo. La Clínica Saint Michel fue creada en el año 1983, Ferrari (2013), plantea que dicha década fue bisagra para la historia argentina y con un peso significativo: el fin de la peor dictadura que sufrió el país y el comienzo de la vida democrática. El autor establece que fue una época de transición en la que la sociedad argentina vivía un clima de espera a que se resolvieran una infinidad de cuestiones tales como, juicios a los militares, desocupación, inflación, temas sobre el tristísimo legado que dejaba la dictadura lo cual convivía con la esperanza de poder seguir adelante, la idea de que la democracia podía resolverlas mágicamente. González Aguirre (2012), establece que con la democracia de 1983

comienza una nueva etapa en la historia del país y sus instituciones, lo cual significó para los psicólogos una puerta abierta al reencuentro con los sobrevivientes del desastre y la salida hacia un campo abierto y seguro.

El hecho de que la vuelta a la democracia haya permitido nuevamente la apertura al campo de los psicólogos (lo cual permitió un incipiente crecimiento de la profesión), podría estar en relación con la apertura de esta clínica, que fue co-fundada por una psicóloga, ya que si no se hubiera dado este recomienzo, dicha disciplina no podría haber tenido lugar en una institución de índole psiquiátrica. Esta cuestión, también, nos permite pensar en la perspectiva que se tiene dentro de la institución acerca de la enfermedad mental. Es decir, desde sus inicios, no sólo se trabaja a partir del paradigma médico- psiquiátrico, sino que se enfatiza la importancia del trabajo psicológico en los tratamientos, fundamentalmente desde la teoría psicoanalítica, aunque en los últimos años se han incorporado diversas perspectivas y un mayor trabajo interdisciplinario. Esto nos remite también a la situación actual de la clínica, la cual se encuentra en permanente evolución incluyendo nuevos profesionales, con visiones más modernas y adaptadas al contexto actual.

3.1.3 INSTITUCION PRIVADA.

Para terminar con la caracterización institucional será importante puntualizar que nos encontramos ante una institución privada. Resulta particularmente interesante destacar este aspecto ya que no es lo mismo hablar de una institución de salud mental pública que privada, y en la Clínica Saint Michel esta denominación se evidencia en varios aspectos; desde la estructurada organización y dirección, atención permanente y afable, respeto hacia la demanda del cliente; hasta el cuidado y mantenimiento de los espacios físicos.

La institución posee tres entradas: la principal sobre la calle Sagrada Familia donde se encuentran en su mayoría consultorios externos; el ingreso por guardia abierto las 24 horas todos los días del año y el ingreso nuevo que habilita tanto a los consultorios externos como al internado

del sector Blanco. Esta nueva entrada y sector fueron inaugurados recientemente hace aproximadamente cinco años, por lo cual es la parte más nueva de la clínica y también la que presenta una arquitectura más moderna. Es en su totalidad de color blanco (lo cual le da el nombre al sector), incluso el mobiliario, y posee una imponente pared de vidrio esmerilado que da directamente al comedor de ese sector. La totalidad de la clínica se encuentra en constante cuidado, tanto los espacios comunes como del internado. Cada uno de los sectores tiene su propio patio e incluso con presencia de cancha de Vóley y gimnasio. Las habitaciones están bien acondicionadas y las comidas son regidas por una licenciada en nutrición.

Es una Clínica de puertas cerradas lo cual puede observarse en relación al grado de seguridad; todas las puertas se abren únicamente con un llavín o, en el caso de la parte nueva, con llave magnética. Se puede constatar que existe una cantidad suficiente de enfermeros necesarios para atender cada sector.

En cuanto a la internación de adolescentes, se realiza una atención especial, más focalizada y particular priorizando que al abordaje terapéutico incluya tanto tratamiento psiquiátrico como psicológico (ya que no todos los pacientes adultos cuentan con ambas especialidades). Además, todos los profesionales poseen formación infanto- juvenil y se agrega, como parte del abordaje, la terapia familiar en Cámara Gesell y ciertas actividades específicamente destinadas a jóvenes donde pueden compartir el espacio con sus pares (grupo de reflexión, taller de cocina, taller audio visual).

4. EJE DESISTMATIZACIÓN.

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN.

“El adolescente como paciente identificado y la función que cumple el síntoma para su sistema familiar.”

5. OBJETIVOS.

5. OBJETIVOS.

5.1 OBJETIVO GENERAL:

- Analizar al adolescente internado en una institución monovalente como paciente identificado y la función que cumple el síntoma para su sistema familiar.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Historizar la conducta disfuncional del adolescente internado en la Clínica Saint Michel durante el período abril- noviembre de 2019 focalizando en el subsistema individual.
- Evaluar los indicadores de la estructura familiar (subsistemas, jerarquías, alianzas, coaliciones y triangulaciones) y ciertos aspectos de la dinámica del sistema del adolescente internado en el marco de su abordaje terapéutico.
- Identificar la función que cumple el síntoma del adolescente internado para su sistema familiar.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA.

6.1 SISTEMA FAMILIAR: ENFOQUE SISTÉMICO.

La perspectiva sistémica se desarrolla a partir de la Teoría General de los sistemas. En un sentido amplio, esta “Teoría General de Sistemas (TGS) se presenta como una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad y, al mismo tiempo, como una orientación hacia una práctica estimulante para formas de trabajo transdisciplinarias” (Arnold y Osorio, 1998, p. 40). El enfoque sistémico toma de esta teoría la perspectiva holística e integradora en la que lo importante son las relaciones y los conjuntos que emergen de ella.

El paradigma de terapia familiar sistémica postula que ni las personas ni sus problemas existen en un vacío, sino que ambos están intrínsecamente ligados a sistemas recíprocos más amplios de los cuales el principal es la familia (Ochoa de Alda, 1995).

Para observar la familia desde un enfoque sistémico se deberán aplicar algunos principios de la teoría de los sistemas en general. Desde esta perspectiva, se toma como fundamental lo que ocurre entre las unidades del sistema y no tanto su estructura interna; se resaltarán los cambios que se dan en las diferentes unidades momento a momento.

Andolfi y Mascellani (2012) plantean que la familia es un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior. Desde dicho autor, entonces, el sistema familiar es “un sistema relacional que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales” (p. 17).

Otros autores definen la familia como:

Un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura de la familia, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define sus gamas de conducta y facilita su interacción recíproca. (Fernandez Moya 2006, p. 178)

Para definir quiénes pertenecen a un sistema es importante determinar *límites*, que por una parte funcionan como líneas de demarcación, es decir, individualizan al grupo del medio; y por otra, como lugares de intercambio de comunicación, afecto, apoyo (Ochoa de Alda, 1995).

Los límites pueden ser extra sistémicos que separan al sistema del medio externo o inter sistémicos, que separan y relacionan los distintos subsistemas que forman parte del sistema más amplio.

Tres son los aspectos que Andolfi y Mascellani consideran relevantes para hablar de sistema familiar:

1. La familia como sistema en constante transformación, se adapta a las diversas exigencias de los estadios de desarrollo atravesados asegurando la continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros (Minuchin, 1977, citado en Andolfi y Mascellani, 2012).
2. La familia como sistema activo que se autogobierna a través de reglas que se han desarrollado y modificado en el tiempo; éstas, a su vez, permitirán a los miembros vivenciar lo que está permitido y lo que no en las relaciones. También pueden modificarse y cambiar.

La familia es un sistema completamente activo, por tal motivo todo cambio interno o externo inevitablemente modificará el funcionamiento familiar exigiendo nuevos procesos de adaptación para mantener la continuidad y el crecimiento. Puede suceder que, al no contener dichos cambios, aparezcan perturbaciones psiquiátricas en alguno de los miembros descompensando aún más el funcionamiento familiar. Sin embargo, la utilización de diagnósticos psiquiátricos o etiquetamientos del individuo termina siendo un elemento totalmente desestructurante.

3. La familia como sistema abierto en interacción con otros sistemas; se refiere a las relaciones interfamiliares que las condicionan y a su vez están condicionadas por este sistema.

Por su parte, Ochoa de Alda, establece algunas propiedades que pueden observarse en un sistema familiar tales como:

- **Totalidad:** la conducta de los miembros de un sistema familiar no se restringe simplemente a la suma de conductas de sus miembros, sino que incluye las relaciones existentes entre ellos, interesan las interacciones.

- **Causalidad circular:** el funcionamiento familiar se ve regulado por secuencias de interacción que se repiten y facilitan la vida cotidiana; sus relaciones serán por lo tanto recíprocas, pautadas y repetitivas.

- **Equifinalidad:** es la característica que hace imposible la determinación de una causa única, ya que refiere a que se puede llegar a estados finales idénticos partiendo de diferentes condiciones iniciales.

- **Equicausalidad:** sería lo inverso al anterior, desde una misma condición inicial se pueden obtener resultados diferentes.

- **Limitación:** es importante que el sistema sea flexible y evite adoptar una secuencia de interacción ya que limita la posibilidad de encontrar una respuesta distinta.

- **Regla de relación:** encuadra la conducta de comunicarse entre sí.

- **Ordenación jerárquica:** se refiere a los juegos de poder y responsabilidad que se despliegan en el sistema familiar. Comprende los dominios que ciertos miembros ejercen sobre otros, las decisiones que se toman, la ayuda, protección, cuidado, etc.

Andolfi y Mascellani (2012) plantean que el proceso de continuidad y crecimiento del sistema familiar ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones, denominadas como *tendencia homeostática* y *capacidad de transformación*, son circuitos retroactivos que operan a partir de una retroalimentación o feedback para mantener la homeostasis (retroalimentación negativa) o bien, hacia el cambio (retroalimentación positiva).

6.1.1 CICLO VITAL.

En este punto serán abordadas las etapas del ciclo vital que establece Haley (1980) cada cual, con su extraordinaria complejidad propia de una familia en cualquier momento dado, y mucho más a lo largo de toda su vida.

Galanteo: El autor plantea que en este período de vida el joven aprende a galantear y participar de ello, si este proceso se demora quedará en la periferia respecto de la red social (Haley, 1980). Además, el adolescente humano enfrenta un problema particular: su involucración simultánea con su familia y con sus pares. Durante este tiempo deberá poder llevar a cabo lo que el autor denomina el destete, que se cumplirá una vez que el adolescente abandone el hogar y logre establecer vínculos íntimos fuera de la familia. “Muchos dilemas fundamentales de la vida humana aparecen durante el período en que una persona joven pasa de ser un muchacho a ser un miembro de la comunidad adulta” (Haley, 1980, p. 37).

El matrimonio y sus consecuencias: Haley (1980) afirma que “cuando la pareja casada empieza a convivir, debe elaborar una cantidad de acuerdos necesarios para cualquier par de personas que viven en íntima asociación” (p. 42-43). La ceremonia del matrimonio modificará la relación entre la pareja de una manera impredecible; puede suceder que durante este tiempo se generen grandes tensiones que incluso, puedan llegar a romper el vínculo o generar síntomas en los individuos. De este modo se va elaborando una nueva relación, donde también se diseñarán modos de encarar y resolver los desacuerdos. Sin embargo, puede suceder que ciertos temas que no pueden discutirse quedan enquistados en el matrimonio.

El nacimiento de los hijos: implica una modificación radical en los modos de convivencia establecidos anteriormente por la pareja, plantea nuevas cuestiones y desestabiliza las antiguas. El nacimiento de un hijo implica también que muchas de las cuestiones propias de la pareja empiezan ser tratadas a través del hijo y corre el riesgo de convertirse en el chivo emisario y excusa de nuevos problemas, entrando así en un triángulo, es decir, el hijo puede ser acusado de todas las dificultades matrimoniales y de la familia extensa. Es importante destacar que, “este triángulo puede darse aun

cuando los padres estén divorciados, ya que el divorcio legal no modifica necesariamente este tipo de problema” (pp. 48- 49).

El autor plantea que, aunque durante la época de los niños pequeños surgen una gran cantidad de dificultades, el período de mayor crisis es cuando comienzan la escolaridad. Las disputas intergeneracionales dentro de una familia suelen hacerse evidentes recién cuando el chico alcanza la edad en que debiera involucrarse en la comunidad externa a la familia.

Dificultades del período intermedio: De acuerdo con Haley (1980), durante este período la relación matrimonial se amplía y profundiza, también el resto de los vínculos familiares y sociales. Puede suceder que una pareja que lleva varios años de matrimonio comience a enfrentar nuevos problemas en términos de pareja, familia o individuo. Si bien ya han atravesado muchos y diversos conflictos habían podido elaborarlos, aunque de un modo rígido y repetitivo, a medida que los hijos crecen la familia cambia y surgen nuevas crisis que pueden llevar a una ruptura final. “A veces hay una acumulación de conducta problemática, como la bebida o la violencia, que supera el punto de tolerancia. Uno o ambos esposos pueden sentir que para que la vida sea menos miserable, deben producir la ruptura ahora antes de envejecer más” (p. 51).

También durante este tiempo los hijos tienen nuevas actividades que los hacen permanecer menos tiempo en el hogar y los padres comienzan comprender que algún día se irán definitivamente. Cuando llega la adolescencia comienza un periodo aún más turbulento y de lucha dentro del sistema familiar que intenta mantener el ordenamiento jerárquico previo, en este tiempo “tal vez aparezcan síntomas en un hijo o en un progenitor, pero quizás el problema presentado sea, con mayor frecuencia que en otros períodos, un sufrimiento reconocido como matrimonial” (p. 52).

Destete de los padres: el autor considera que cuando los hijos abandonan el hogar parece que toda familia ingresa en un período de crisis, puede suceder que el período turbulento entre los padres comience cuando el hijo mayor deje el hogar, o bien, a medida que se van yendo los hijos o cuando este por marcharse el menor.

Los padres deberán elaborar reglas para participar en la vida de sus hijos, a su vez que puedan arreglárselas para funcionar solos en su propio hogar (Haley, 1980).

A veces la pareja empieza a disputar en torno de las mismas cuestiones por las que disputaban antes de que llegaran los hijos. Puesto que estas cuestiones no se resolvieron sino simplemente se dejaron de lado con la llegada de los niños, ahora resurgen. (Haley, 1980, p. 53)

Este período de crisis matrimonial por lo general va disminuyendo a medida que los cónyuges van pudiendo elaborar una nueva relación, ahora enfrentados nuevamente a la soledad de pareja.

El retiro de la vida activa y la vejez: esta etapa se caracteriza por la llegada de la jubilación de la pareja, los hijos ya están muchos menos involucrados y llega un período de relativa armonía, sin embargo, el retiro de la vida activa puede implicar algunos problemas ya que se encuentran las veinticuatro horas del día frente a frente (Haley, 1980). Por su lado, la familia se enfrenta al cuidado de los cónyuges mayores lo cual representa una difícil tarea que no suele ser fácil de manejar. Con el paso del tiempo puede ocurrir la muerte de alguno de los miembros del matrimonio quien deberá reorganizar nuevamente su modo de involucrarse con la familia.

6.1.2 ESTRUCTURA FAMILIAR.

La familia es una estructura compleja dentro de la cual comienzan a desarrollarse nuevos holones o subsistemas. La misma se irá constituyendo a partir del establecimiento de reglas. De acuerdo con Pillcorema Ludizaca (2013) “la estructura de una familia es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos de interactuar de los miembros de una familia” (p. 20).

Es decir, por estructura familiar se entiende la totalidad de relaciones existentes entre los elementos del sistema y determina cómo deben actuar los miembros. Una familia posee una estructura que puede ser vista en movimiento.

En relación a la esto, Minuchin (1974) plantea que “una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema” (p. 86). Estas pautas transaccionales son las que regulan la conducta de los miembros e incluyen, por un lado, reglas universales y por el otro, aquellas expectativas que posee cada miembro en relación al otro.

Subsistemas.

Minuchin (1974) plantea que un sistema familiar se diferencia y desempeña funciones a través de sus subsistemas. A su vez, los individuos son subsistemas dentro de una familia. “Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas” (p. 88).

De acuerdo con Ortiz Granja (2008) “cada sistema está constituido por otros elementos más pequeños, conocidos como subsistemas y, a la vez, cada sistema forma parte de sistemas mas más amplios conocidos como suprasistemas” (pp. 193- 194).

La mayoría de los autores coinciden en que dentro de las familias existen tres subsistemas fundamentales:

Subsistema conyugal: está constituido por una pareja, en una relación definida como tal en la que cada miembro aporta para el mantenimiento de la misma y ofrece apoyo al otro miembro del subsistema. De acuerdo con Minuchin (1974), cada miembro posee tareas específicas y sobre todo vitales para el funcionamiento de la familia, a su vez cada uno apuntala la función del otro. Agrega que “las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua” (p. 98). Para que este subsistema pueda conformarse

cada integrante deberá ceder una parte de su individualidad logrando una interdependencia mutua y llegando a convertirse en un refugio ante situaciones de estrés.

Subsistema parental: surge con el nacimiento del primer hijo, se trata del mismo subsistema conyugal pero cuando cumple funciones de cuidado y protección de los niños. En este sentido, tiene funciones en dos niveles, uno horizontal respecto de la pareja y otro vertical respecto de los hijos. Es decir, se abre un doble panorama, Minuchin (1974) afirma que, por un lado, el subsistema conyugal deberá desempeñar las funciones de socialización de su hijo, y por otro, continuar con el mutuo apoyo que lo caracteriza.

Subsistema fraternal: está formado por todos los hijos, tanto de la pareja como de diferentes relaciones. Minuchin (1974), lo define como “el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. En el marco de este contexto, los niños se apoyan, aíslan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente” (p. 97). También asumen posiciones que luego pueden ser significativas en su desarrollo posterior, es decir, cuando ese niño se pone en contacto con ambientes extrafamiliares, actúa de acuerdo a las pautas del mundo fraterno, a su vez que incorpora pautas de dicho ambiente produciéndose una retroalimentación mutua. En este subsistema los límites deben estar bien demarcados para evitar interferencias de los adultos logrando cierta privacidad y permitiéndose cometer errores.

El autor considera que la función de este subsistema puede verse más claramente en familias que tienen un solo hijo; “los niños sin hermanos desarrollan pautas precoces de acomodación al mundo adulto, que pueden manifestarse en un desarrollo precoz” (p. 97).

Límites y fronteras.

A lo largo del desarrollo de la familia, ésta va creando un conjunto de reglas, de patrones de funcionamiento y de creencias sobre sí misma que la hacen un ente particular y diferente a otras familias. Ortiz Granja (2008) plantea que, si se establece un continuum con respecto a los límites, se puede ver que pueden variar entre: rígidos, flexibles o difusos.

En paralelo Minuchin (1974) reconoce tres tipos de límites:

- Claros: son aquellos definidos con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.
- Rígidos: se caracterizan así aquellos límites donde sus miembros actúan con total autonomía generándose un alto grado de independencia, no existen cuando la comunicación entre los subsistemas es difícil y no se llevan a cabo las funciones protectoras de la familia.
- Difusos: refiere al tipo de límites que no se definen con precisión, no está totalmente claro quienes participan de un subsistema y quienes quedan por fuera; se genera una falta de autonomía entre los miembros en los que un miembro del sistema puede invadir el espacio de otro y no se cumplen las reglas familiares.

Los límites indican cuáles individuos pueden estar en un subsistema y cómo deben interactuar. Soria Trujano (2010) habla de límites internos como aquellos que se identifican entre los miembros de los subsistemas familiares, y de límites externos como los que se reconocen por las reglas de interacción entre la familia y el medio ambiente externo.

Minuchin (1947), establece que la función de los límites es la de proteger la diferenciación del sistema. Y afirma que cada subsistema posee funciones y demandas que le son propias de sus miembros y, a su vez, debe permitir el despliegue de habilidades de quienes lo componen.

Como se plantea en Pillcorema Ludizaca (2013), cada familia aprobará diversos límites tolerables y necesarios debido a que cada sistema es diferente y, por lo tanto, la funcionalidad y disfuncionalidad dependerá de la aprobación o desaprobación de la sociedad.

Relación entre los límites familiares y el tipo de familia.

Los autores adherentes a la teoría sistémica plantean la posibilidad de pensar en una relación entre los tipos de límites en el interior del sistema familiar y el tipo de familia existente. Tal como plantea Minuchin (1974), “la claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento” (p. 90).

Es decir, los tipos de familia están establecidos de acuerdo a las relaciones, los lazos emocionales y la proximidad entre sus miembros, y a partir de esto se da la unión o separación de los mismos.

Algunas familias se vuelcan hacia sí mismas para desarrollar su propio microcosmos, con un incremento consecuente de comunicación y de preocupación entre los miembros de la familia. La diferenciación del sistema familiar se hace difusa. Otras familias se desarrollan con límites muy rígidos. La comunicación entre los subsistemas es difícil. Estos dos extremos de funcionamiento de límites son designados como aglutinamiento y desligamiento. (Minuchin, 1974, p. 90)

Según este autor, aglutinamiento y desligamiento no refieren a funcionalidad o disfuncionalidad familiar sino más bien un tipo de interacción específico. La familia con límites difusos recibe el nombre de familia aglutinada; la familia con predominio de límites rígidos, se denomina familia desligada.

Las familias aglutinadas no pueden adaptarse o lo hacen de forma inadecuada ante acontecimientos nuevos ya que tienen dificultades para dejar entrar sucesos externos. Los integrantes en este tipo de familias poseen un exagerado sentido de pertenencia y pierden la autonomía (Minuchin, 1974). Además, pueden llegar a formar un sistema muy cerrado sin interferencias externas lo cual dificulta el establecimiento de relaciones extrafamiliares. Minuchin (1974) hace referencia a estas familias como aquellas en las cuales los límites se hacen difusos a raíz del aumento en la comunicación entre sus miembros y del sentido de pertenencia. Y agrega

que “la familia aglutinada responde a toda variación en relación con lo habitual con una excesiva rapidez e intensidad” (p. 92).

Mientras que las familias desligadas se caracterizan por límites internos muy rígidos de forma que prácticamente cada individuo constituye un subsistema, comparten muy pocas cosas y, por lo tanto, tienen muy poco en común. Este tipo de familia cambia de forma excesiva y rápida su modo de funcionamiento, este autor, afirma que

Los miembros de subsistemas o familias desligados pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen desproporcionado sentido de independencia y carece de sentimientos de lealtad y pertenencia y de la capacidad de interdependencia y de requerir ayuda cuando la necesitan. (Minuchin, 1974, p. 91)

Los autores agregan que, las diferentes individualidades de los miembros de este tipo de familia se adquieren desde el mundo exterior de la familia, es decir por las normas que reciben desde el exterior, ya que son excesivamente vulnerables a las influencias del mundo que los rodea.

Minuchin describe estos tipos de familia como los extremos de un continuum y señala que las familias ubicadas en uno de esos polos estarían en áreas de posible patología, ambos tipos de relación pueden provocar problemas familiares. El análisis de los límites tanto del sistema como subsistemas familiares y del funcionamiento de los mismos proporciona un rápido cuadro diagnóstico de la familia en función del cual orienta sus intervenciones terapéuticas

Un sistema próximo al extremo desligados del continuum tolera una amplia gama de variaciones individuales entre sus miembros. Pero los stress que afectan a uno de los miembros de la familia no atraviesan sus límites inadecuadamente rígidos. Sólo un alto nivel de stress individual puede repercutir con la suficiente intensidad como para activar los sistemas de apoyo de la familia. En el extremo aglutinado del continuum, se observa lo contrario. La conducta de un miembro afecta de inmediato a los otros y el stress de un miembro individual repercute intensamente a través de los límites y produce un rápido eco en otros subsistemas. (Minuchin, 1974, pp. 91- 92)

Jerarquías.

Soria Trujando (2010) afirma que “la jerarquía se refiere al miembro que ostenta el poder en la familia, es decir, al que establece reglas, las hace obedecer, toma decisiones individuales y grupales, etcétera (p. 92).

Por su parte, Minuchin y Fishman (1999), plantean que en todas formas de organización social existen jerarquías de poder. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que poseen distintos niveles de poder. La inversión de jerarquías de poder se considera la fuerza más destructora de la estructura familiar.

Alianzas, coaliciones y triangulación.

Generalmente se considera a estos términos muy emparentados ya que refieren a uniones y separaciones entre los miembros del sistema familiar. Haley (1998), realiza una diferencia entre alianza y coalición en la que considera que la primera hace referencia a la unión de dos personas por interés común independiente de una tercera, mientras que, en la coalición, estas dos personas se unen, pero en un proceso de acción conjunta contra una tercera.

Gonzalez Valles (2005), considera que “la estructura de la familia consiste en alianzas y antagonismos entre los miembros y también en la existencia de las fronteras productoras de subsistemas duraderos” (p. 11). En este sentido, las alianzas pueden ser de dos tipos: desviación de conflictos, dos padres que no manifiestan conflictos, pero están sólidamente unidos contra el hijo o coaliciones intergeneracionales, cuando uno de los padres se une al hijo contra alguien más.

Este autor, plantea que aquellas coaliciones en las que dos miembros se enfrentan a un tercero, se denominan triangulaciones.

Son muchos los autores que han investigado las estructuras triangulares familiares haciendo diferentes aportes acerca de la comprensión del funcionamiento familiar. Haley (1998) establece

una diferencia entre triada, cuando un miembro de la familia se relaciona con otro, pero reconociendo las diferencias y distancias. Esta puede convertirse en triángulo cuando se produce una coalición de los dos miembros que poseen diferente jerarquía o que pertenecen a dos generaciones diferentes y se dirige contra el otro miembro de la triada.

El autor considera que el triángulo tendría la función de disminuir la tensión de la díada, logrando que el conflicto se desvíe hacia una tercera persona ya que, en éste, el clima emocional es muy intenso, habiendo rigidez en los movimientos y los límites de los miembros del sistema.

Lealtades invisibles.

Algunos autores consideran fundamental el hecho de analizar aquellas Lealtades invisibles para comprender, de un modo más amplio, las relaciones familiares. Francica y Sosa (2019) plantean que “puede definirse como un sentimiento de solidaridad y compromiso que genera las relaciones entre las necesidades y expectativas dentro de esta unidad social, como así los pensamientos, sentimientos y motivaciones de cada miembro” (pp. 45-46). En este sentido se afirma que, este compromiso de lealtad, hace referencia al mantenimiento del grupo. Desde esta perspectiva de lealtades invisibles, las relaciones familiares tienden a asumir un significado más coherente e importante a ojos del terapeuta y su estructuración está determinada por la historia del grupo (Boszormenyi-Nagy, 1973/2003).

Además, los autores consideran que está sumamente ligada al componente de deber, por lo tanto, la incapacidad de cumplir las obligaciones genera sentimientos de culpa que pasan a ser fuerzas secundarias de regulación del sistema; es por ello que “la homeostasis del sistema de obligaciones o lealtad depende de un insumo regulador de culpas” (p. 39), cada miembro posee diferentes umbrales de culpa. De este modo la lealtad en una familia refiere tanto al compromiso y a las expectativas que sostienen a los miembros, como así también a la adhesión a ciertas reglas y la amenaza de expulsión si son violadas (Francica y Sosa, 2019).

Un término emparentado al de lealtad, es el de justicia familiar ya que determina cuán leal es ese niño/adolescente para con su familia. Cuando recae sobre el paciente identificado, funciona como una verdadera fuerza de regulación del sistema. Su contraria, la injusticia

hace que el «niño problema» guarde un resentimiento que trabaja por dentro hasta el momento en que ha crecido lo suficiente para poder ponerlo en escena. Esto puede ser el origen de conductas que «hablen» de su carencia: adicciones, delincuencia, suicidio, demencias, etc., en niños o adolescentes. (Francica y Sosa, 2019, p. 49)

Existen circunstancias en las que este compromiso de lealtad se torna conflictivo para el sistema, por ejemplo, cuando las exigencias no son adecuadas a la edad del niño o adolescente o bien, se encuentra atrapado entre las lealtades opuestas hacia sus progenitores, en este caso corre el riesgo de quedar preso de la culpa lo cual repercutiría en su capacidad de crecer emocionalmente (Francica y Sosa, 2019).

6.2 PACIENTE IDENTIFICADO.

Desde el paradigma de la terapia familiar sistémica se plantea que es necesario tener en cuenta el funcionamiento familiar de conjunto y no solo el del portador del síntoma, quien es denominado, dentro de esta línea teórica, paciente identificado (Ochoa de Alda, 1995).

Un funcionamiento adecuado del sistema familiar en el nivel de las interacciones permitirá mantener su salud, debido a que la familia constituye una integralidad; de acuerdo con Bravo Caravajal (2010) la salud familiar resulta de la síntesis de la salud individual y se refiere al equilibrio entre los elementos internos y externos de la familia.

Tal como plantean Montalvo Reyna; Sandler Zack; Amarante Rodríguez; Valle Gutiérrez (2005), a la hora de evaluar las interacciones del sistema será importante centrarse en el funcionamiento actual y en el problema, y no en el aspecto histórico. Y agrega que “las observaciones y valoraciones de los miembros de la familia se centran en descripciones de la comunicación, la conducta, los roles y los sentimientos, no en detalles relativos a la expresión del problema con que se trabaje en ese momento” (p. 90).

Cuando surge un síntoma en el sistema familiar por lo general uno de los miembros es el portador y por lo tanto pasa a ser la problemática de la familia. Esta persona es la que manifiesta que algo no está funcionando adecuadamente y lo hace a través de su síntoma. Ese miembro pasa directamente a ser “el del problema”.

Este paciente identificado también puede llamarse chivo expiatorio y se define como:

El portador del síntoma del sistema familiar, identificado por la familia como la fuente de sus problemas, acepta esa designación de la familia (asume su rol como chivo expiatorio) y, a través de sus síntomas, también refleja la disfunción de la familia como un todo, y mantiene a la familia dentro de un proceso de homeostasis, donde se mantiene la dinámica y comunicación relacional de los miembros de la familia de la misma manera (...). (Bravo Caravajal, 2010, p. 63)

Es decir, es quien se encarga de manifestar la sintomatología de la familia. Se plantea aquí que, “la familia deposita en él las carencias provocadas por una mala organización, un mal funcionamiento, una mala comunicación, la falta de afecto, la disgregación, el caos y la rigidez” (Bravo Caravajal, 2010, p. 64).

Este tipo de funcionamiento familiar impide que se den procesos de retroalimentaciones positivas, ya que todo está dado para que se mantenga igual y los padres no asuman sus problemas y no se pueda producir un cambio efectivo ante los conflictos o crisis.

En general, la etiqueta de *paciente identificado* como desviación del problema familiar no es un factor que ayude a la persona ya que se encuentra estigmatizado y dificulta la posibilidad de resolver la conflictiva a nivel familiar; además provoca muchas resistencias.

Hoffan (1977) citado en Fairlie y Frisancho (1998) plantea que

Entre los significados que se atribuyen al rol del paciente designado se cuentan el de promover la solidaridad del grupo y poner en relieve las reglas y normas y, sobre todo, cumplir su función "mediadora", pues, la presencia de un desviado en la familia puede ser vital para contener la escalada de un conflicto, particularmente entre los padres. (p. 67)

El terapeuta sistémico, en la evaluación familiar, deberá examinar tanto al paciente identificado como a todos los demás miembros de la familia, en cuanto a cómo se comportan, actúan y reaccionan.

Tal como plantea en Bravo Caravajal (2010), es importante trabajar en la terapia apuntando a un cambio de la relación patógena de la familia. En primer lugar, se promueve el compromiso de la familia para que colabore con el trabajo terapéutico para ampliar la mirada y quitar el foco exclusivamente centrado en el paciente identificado y la familia pueda identificar claramente cuál es el conflicto real. Para lograr avanzar en estas cuestiones será necesario que todos los miembros de la familia asuman que son parte de la enfermedad de dicho paciente.

Rodriguez Gonzez y Kerr (2011) plantean que, puede suceder que la aparición de alguna disfunción física, psicológica o social en alguno de los miembros del sistema se deba a que sea éste quien haya concentrado toda la ansiedad (Rodriguez Gonzez y Kerr, 2011). Para resolver esta ansiedad puede que el/los integrante/s del sistema pongan en marcha el mecanismo que Murray Bowen denominó corte emocional o cut off considerando que el síntoma sólo puede manejarse cortando toda relación con su familia de origen.

Los síntomas son mantenidos por el sistema y estos a la vez, sostienen al sistema. Es decir, el miembro que cumple el lugar de paciente identificado, se ve en el plano de que si no ocupan ese rol la familia puede entrar en un caos y derrumbarse ya que ellos estarían sosteniendo al sistema para que esto no suceda ya sea por el no cumplimiento adecuado de funciones de los padres o porque han aprendido a manipular al sistema desde ese rol para su beneficio (Bravo Caravajal, 2010).

En este sentido, la terapia familiar sistémica realizará una tarea preventiva para que, una vez eliminado el síntoma del paciente, no haya otro miembro de la familia que lo sustituya generándose, una vez más, la conducta sintomática (Ochoa de Alda, 1995).

6.2.1 SÍNTOMA.

Pinto Tapia (2004), plantea en su artículo que, ya los pioneros del enfoque sistémico habían propuesto que la emergencia de un síntoma dentro de un sistema familiar tiene por objetivo modificar su estructura estable. Por lo tanto, desde esta línea teórica, el síntoma ya no es abordado como un enemigo al que se debe exterminar, sino un amigo que ayudará a modificar cierta disfuncionalidad del sistema, de modo tal que una vez cumplida su función pueda abandonarlo.

La visión sistémica del síntoma se diferencia de la perspectiva psicoanalítica, es decir no se produce sólo en la dinámica intrapsíquica del sujeto portador. “El síntoma se comprenderá además desde una perspectiva comunicacional o semiótica, que engloba y atiende a la totalidad del comportamiento del individuo, entendiendo este comportamiento como un lenguaje estructurado que se configura en metáfora y metonimia” (Castro, 1980, citado en Arbeláez Naranjo, 2017, p. 165); y agrega que, se produce a partir de las dinámicas vinculares y relacionales del sistema familiar, ya que será esta quien introduzca a cada miembro dentro de la cultura.

Entonces, es posible afirmar que, si desde el enfoque individual y dinámico el síntoma se ubica en uno de los miembros del sistema familiar y es abordado desde una perspectiva más bien patológica; desde el enfoque sistémico se admite una visión de totalidad del sistema caracterizado por la circularidad. De este modo podemos pensar que, la persona que expresa el síntoma se comunica mediante éste, de manera que todos los demás miembros de ese sistema son influidos por esa conducta.

Desde esta visión relacional, Bravo Caravajal (2010), establece que el síntoma representa un modo de relación y comunicación del sistema familiar que surge debido a que la familia no ha

encontrado otra manera de hacer frente a sus conflictos; es decir, significa que algo no está funcionando de forma adecuada. A su vez, éste, es el encargado de mantener el equilibrio del sistema y funcionar para la familia como una señal de alarma. Es decir que su función es homeostática en el sistema familiar, equilibra. En síntesis, podemos decir que “el síntoma es el resultado de un sistema de relaciones” (Bravo Caravajal, 2010, p. 63).

Arbeláez Naranjo (2017) agrega que, la teoría sistémica no desconoce la implicancia del sujeto en el síntoma, es decir, éste ha elegido ser el portador y participar activamente en la forma particular de su síntoma. Se entiende que, si bien el síntoma es portado por uno de los miembros del sistema, se apunta al tejido relacional como generador y, por ende, el resto de los miembros han co-creado y son responsables de ese síntoma.

Por su parte, Pinto Tapia (2004), reestructura algunos de estos planteos diciendo que, no siempre un síntoma surge por conflictos familiares. Y afirma que, la familia es uno de los sistemas que configuran la interacción del sujeto con el medio, “la terapia familiar demostró que no es solamente el sistema conyugal el que puede estar en juego en la manifestación sintomática de los hijos, sino también el fraterno” (p. 2); además, sistemas externos a la familia, como lo son la institución educativa pueden derivar en la construcción de síntomas. Agrega que, no se debe ver al sistema como causa, ni al síntoma como efecto o viceversa, sino en constante interacción; es decir, ciertos cambios en la estructura del sistema pueden derivar en éxitos funcionales, o en fracasos disfuncionales.

Sin embargo, en lo que los autores coinciden es en que el contexto relacional de la familia es fundamental para la comprensión e interpretación de cada uno de sus miembros ya que todos los elementos del sistema funcionan de forma recíproca. Arbeláez Naranjo (2017) concluye que para analizar el síntoma será importante tener en cuenta aquellas interacciones sobre las cuales el síntoma se ha co-creado y cómo el paciente percibe y elige ser el portador en dicho contexto relacional.

6.3 UNA MIRADA SISTÉMICA DE LA ADOLESCENCIA.

Ochoa de Alda (1995), plantea que la adolescencia es una etapa de duración imprecisa, se produce en ella una madurez física asociada a una maduración sexual temprana y a una educación más larga; sin embargo, en esta etapa vital aún se mantiene una dependencia psicosocial y económica.

Según Andolfi y Mascellani (2012), la adolescencia es la etapa en la que se produce un tire y afloje entre dependencia y separación de la familia y aunque por lo general prima lo segundo, también es cierto que necesita contención, la cual es solicitada de un modo contradictorio y provocativo, en palabras del autor “es un poco como querer comprobar la capacidad de sus padres de no dejarse manipular demasiado por sus protestas de libertad absoluta y de autonomía” (p. 37).

Micucci (2005) considera que la adolescencia puede dividirse en tres momentos, cada uno de ellos presenta hitos importantes para el desarrollo de dicho miembro:

La primera adolescencia, desde los 11 hasta los 13 años. En esta etapa será de suma importancia el encuentro de un lugar dentro del grupo de pares debido a que el adolescente debe asimilar los cambios físicos asociados a la pubertad y la nueva apariencia. Se induce también la presión social por comportarse según patrones femeninos o masculinos lo cual los lleva a desarrollar procesos de identidad de género. Aparecen nuevas capacidades de pensar y razonar de un modo más abstracto.

La adolescencia media abarca desde los 14 a los 16 años, el joven se va haciendo más independiente y debe aprender a equilibrar su autonomía con sus responsabilidades ante sí mismos y los demás. En este punto se hace importante la educación parental para favorecer tanto el apoyo como la fijación de límites. Durante esta etapa se deben tomar decisiones sobre la manifestación de la sexualidad.

La denominada última adolescencia (17 a 19 años), se caracteriza por la transición que implica la finalización de la escuela secundaria y la consolidación de una identidad.

Ochoa de Alda (1995) considera algunos de los problemas a los que se debe enfrentar el adolescente dentro de los cuales menciona:

- Búsqueda de la identidad: desde la perspectiva sistémica, se plantea que el objetivo es que el adolescente pueda salir del círculo familiar manteniendo una relación adecuadamente protectora y que no lo haga huyendo. Por tal motivo es importante afianzar el proceso de formación de la entidad de integrantes fomentando una negociación entre las generaciones.
- Competencia social: si bien la familia permite aprender reglas de interacción social, también los demás sistemas sociales contribuyen en estas pautas conductuales; por lo tanto, es importante abordar no sólo los patrones familiares sino también los del medio externo.
- Narcisismo adolescente: el narcisismo propio de la edad lo hace sentir omnipotente, es necesario lograr que madure a través de una especie de crisis existencial.
- Separación: se debe apuntar a una separación sin alienación, a través de un alejamiento gradual, pero sin perder la conexión totalmente sino estableciendo un tipo de relación más igualitaria.

6.3.1 ADOLESCENTE SINTOMÁTICO.

Micucci (2005), considera que “la adolescencia no es un periodo inevitablemente turbulento. Si se descubren signos de mal humor grave o prolongado, aislamiento, agresividad, trastornos alimentarios o conducta rebelde, hay que tomarlos en cuenta” (p. 119). Si bien se trata de una etapa tumultosa, es importante reconocer y distinguir entre aquellos desafíos evolutivos normales y aquellos que no lo son.

El autor, describe el ciclo sintomático del adolescente en el cual sucede lo siguiente: surge el síntoma, los integrantes de la familia se centran en eliminar o controlar los síntomas, esta preocupación los lleva a pasar por alto otros aspectos importantes de la relación y las mismas se

descuidan. Las relaciones se van deteriorando y todos los integrantes, incluido el adolescente sintomático, experimentan una sensación de aislamiento. Mientras más el sistema familiar se centra en la conducta sintomática del adolescente, más tenderán a considerar a este último como *el problema*, lo cual lo lleva al sentirse incomprendido y excluido del sistema. Los intentos de eliminar el síntoma fallan una y otra vez, y lleva a los integrantes a sentirse indefensos y frustrados. En este contexto se produce una escalada de los síntomas. Lo más importante es reconocer que todo el sistema familiar participa del ciclo sintomático.

“Este ciclo sintomático, en el que el aislamiento alimenta los síntomas y los síntomas generan más aislamiento, constituye el proceso básico que impulsa la conducta sintomática” (Micucci, 2005, p.33).

El adolescente catalogado como problemático, se siente incomprendido por su familia. Aquellas familias atrapadas en ciclos sintomáticos ponen en marcha ciertas facetas y dejan de lado el desarrollo de otras lo cual obstaculiza el desarrollo de los integrantes y poseen menos herramientas para ayudarlo a hallar otras maneras de manejar la frustración y el dolor.

Cuando las familias tratan siempre los síntomas según los mismos patrones rígidos, sus integrantes se encuentran una y otra vez con las mismas facetas de cada uno. Sin embargo, el integrante más afectado del sistema será el adolescente quien también verá obstaculizado su desarrollo evolutivo (Micucci, 2005).

En las familias sintomáticas, los relatos se organizan de manera rígida y se cierran a toda nueva información. Dichos relatos cerrados funcionan como esquemas organizadores que promueven la atención selectiva a aquella información que confirmen los esquemas. Cuando se trastorna el ciclo sintomático y surgen nuevas facetas de cada integrante, la familia entera se enfrenta a una perspectiva de cambio.

Para ayudar a la familia a romper con los patrones sintomáticos, el terapeuta debe, en primer lugar, identificar el ciclo sintomático de la familia, luego aplicar una variedad de métodos para quebrarlo y proponer a los integrantes nuevas formas de interacción.

El autor considera que para romper con el ciclo sintomático el terapeuta debe deshacer esta red de percepciones complementarias. Una vez que se identifica la naturaleza del ciclo sintomático familiar y que el terapeuta con la familia concuerda objetivos de tratamiento se llevará a cabo la

ruptura del ciclo. Cada vez que se incorpore un nuevo patrón se producirá un quiebre temporario del ciclo, sin embargo, será necesario romper con el mismo varias veces antes de que los integrantes consideren naturales los nuevos patrones.

Una vez que se quiebra el ciclo en forma definitiva, los conflictos que antes se evitaban comienzan a manifestarse con frecuencia.

Por último, el autor agrega que el adolescente sintomático se convierte en un punto de conocimiento para el sistema familiar, ya que, a través de su enfermedad, síntoma, trastorno psicológico o relacional, le permite al sistema reencontrar el sentido del nosotros redescubriendo el valor de la solidaridad y del sostén recíproco (Micucci, 2005).

6.4 CUADRO SINTOMÁTICO: LA DEPRESIÓN Y LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA.

El adolescente a lo largo de su vida diaria puede pasar largas horas de inactividad alternadas con momentos de interés, pero manteniendo una expresión de aburrimiento o de abulia. Andolfi y Mascellani (2012) plantean que es una etapa que se caracteriza por los cambios de humor y algunos rasgos depresivos estables vinculados a las transformaciones físicas y psicológicas; la tarea evolutiva del adolescente es un camino doloroso. Muchas veces esta condición depresiva puede ser considerada un pasaje fisiológico, sin embargo, los jóvenes son también víctimas de estados depresivos patológicos. Micucci (2005) establece que los jóvenes son susceptibles a deprimirse debido a los cambios evolutivos que se producen durante esta etapa, es decir, es probable que los factores hormonales tengan alguna importancia, sin embargo, es pequeña en relación a los estresores ambientales.

Dichos estados pueden manifestarse bajo diversas formas, ya sea tristeza, melancolía, irritabilidad, etc; llegando incluso a perder el interés por aquellas actividades que antes preferían. Además, aparecen muy frecuentemente problemas derivados de una baja autoestima, incluyendo

también pensamientos negativos sobre sí mismo y su propio futuro. Todo esto los llevará a sentirse confundidos, indecisos, sin energía para cumplir tareas tanto cotidianas como escolares, que en muchos casos declina. Micucci (2005) afirma que la capacidad para el pensamiento operativo formal, les permite a los jóvenes reflexionar sobre sí mismos, de una manera que antes no les era posible dando lugar a la autodenigración.

La depresión se hará más aguda a medida que aumenten los sentimientos de desvalorización y desesperación que derivan en pensamientos cada vez más autodestructivos, como hacerse daño o suicidarse. El autor establece que la tendencia a la depresión y el suicidio aumentan de manera significativa durante la pubertad.

Andolfi y Mascellani (2012), plantean que el adolescente puede enmascarar los síntomas de la enfermedad detrás de otros trastornos que son muy distintos a sentirse mal de ánimo, o incluso puede ocultarlos. Muchas veces, sin aparecer excesivos, consumos de alcohol y drogas, lo cual empeora los resultados y deriva en problemas en la capacidad de concentración, inquietud, inactividad, problemas alimenticios, ansiedad, insomnio. El adolescente no solo habla para darles voz a sus propios malestares, sino que, puede somatizarse o enmascararlos jugando con la ambivalencia típica de la edad, detrás de actitudes contradictorias u opuestas a sus sentimientos reales.

El adolescente deprimido suele presentar actitudes antisociales como hostilidad, agresividad y conductas temerarias, desafío a las normas y a la autoridad. Todo ello hace que la depresión sea más difícil de reconocer para los padres, maestros u otros profesionales. Es por ello que se torna fundamental distinguir entre la depresión transitoria, ligada a procesos de crecimiento y situaciones más graves y potencialmente peligrosas (Andolfi y Mascellani, 2012).

La depresión, el adolescente y su familia.

Bowlby (1980), establece que “las causas más probables de inicio de un estado depresivo patológico en la adolescencia deben considerarse experiencias de pérdida inaceptables y, por lo tanto, negadas” (citado en Andolfi y Mascellani, 2012).

Andolfi y Mascellani (2012), plantean que los padres con familias hijocentricas se encuentran más dispuestos a favorecer la dependencia y la sobreprotección que a escuchar la voz o el grito de

desesperación del adolescente. Padres e hijos muchas veces corren el riesgo de hacerse cómplices al negar la tristeza del hijo, tan solo porque los padres son los primeros que no lo pueden soportar. Así se forman ciertos juegos relacionales insanos de los que es difícil salir. La familia tiene una función importante en lo que respecta a la aceptación del dolor y de la frustración que el adolescente debe tolerar.

Por su parte, Micucci (2005) establece que, por lo general, las discordias familiares están ligadas tanto a la depresión como al suicidio adolescente. Joseph Richman (1979) señaló que “algunas alteraciones de la estructura familiar como los conflictos de rol, desdibujamiento de los límites, las coaliciones y el ocultamiento, son factores que contribuyen al suicidio de los adolescentes” (citado en Micucci, 2005, p. 175). Muchas veces los conflictos entre progenitores pueden desplazarse hacia el hijo quienes sienten que no hacen lo suficiente para lograr la felicidad de los padres. Estos últimos, pueden incluso llegar a decir que los hijos son una carga y que estarían mejor sin ellos.

A pesar de la asociación entre dinámica familiar disfuncional y depresión, es alentador destacar que las relaciones positivas entre padres e hijos pueden amortiguar, en algunos casos, los efectos nocivos de otros estresores familiares sobre los jóvenes.

El intento de suicidio, el adolescente y su familia.

De acuerdo con Andolfi y Mascellani (2012), el intento de suicidio es una forma de comunicación no verbal de extrema complejidad. Es un mensaje relacionado con algo esencial que no puede decirse de otro modo, un grito de ayuda para volver a atar los lazos de un vínculo roto, con uno o con los dos padres, una expresión trágica del deseo de hacerse entender sobre cosas muy serias porque no se encuentran palabras para comunicarlas.

Por este motivo, será fundamental que la familia pueda descifrar el lenguaje muchas veces complejo de un adolescente, incluso los intentos de suicidio de tipo demostrativo. Lamentablemente, sucede que muchas veces el sistema familiar tiende a banalizar el problema una vez pasado el peligro y lo toman como una “chiquilinada”, expresión de su debilidad o inmadurez (Andolfi y Mascellani, 2012). En estos casos, los padres no comunican al hijo el sentimiento de peligrosidad y de gravedad de tales conductas; la situación puede hacerse aún más dramática ya

que es como si se formara un complot familiar en el cual la negación de adultos llegará a conspirar con el pensamiento mágico infantil, multiplicado los factores de riesgo (Andolfi y Mascellani, 2012).

De acuerdo con el autor, algunos de los factores de riesgo que deben tenerse en cuenta son: conductas gravemente amenazantes por parte de los padres por lo que llegan al sentir que su propio intento de suicidio podría cumplir una función salvífica. Otro factor incuestionable es la situación de rechazo o furia contra su cuerpo. También las desilusiones amorosas, la subvaloración en la familia, la escuela o en el grupo de pares; muchos adolescentes llegan a suicidarse por sentir vergüenza. Los padres muchas veces tienden a minimizar algunas problemáticas del adolescente como las desilusiones amorosas debido a la dificultad de entrar en una relación con el propio hijo que sufre porque está perdiendo algo importante.

7. MODALIDAD DE TRABAJO.

7. MODALIDAD DE TRABAJO.

7.1 TIPO DE ESTUDIO.

El presente trabajo consiste en la sistematización de la práctica llevada a cabo en la Clínica Privada Saint Michel durante el período abril- noviembre del año 2019. Para poder avanzar sobre la metodología implementada, resulta necesario comenzar describiendo qué significa sistematizar una experiencia. Jara Holliday (2011) plantea que “no se reduce a narrar acontecimientos, describir procesos, escribir una memoria, clasificar tipos de experiencias, ordenar los datos” (p. 4). El objetivo fundamental será producir algo nuevo desde la reflexión crítica. Para lograrlo la materia prima será la experiencia misma, la cual se encuentra atravesada por situaciones, acciones, contextos, resultados, relaciones, etc.

Entendemos la sistematización como:

La interpretación crítica de las experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. (Jara Holliday, 2011, p. 3)

La tarea fundamental que se llevó a cabo fue la de realizar una interpretación crítica del proceso vivido, rescatando las enseñanzas de aquellos procesos vitales únicos que se encuentran en permanente cambio y movimiento. Este trabajo de sistematización permitió descubrir y comprender nuestras experiencias en mayor profundidad logrando trascenderla y produciendo nuevos saberes y aprendizajes que luego, serán compartidos con experiencias similares contribuyendo a una reflexión teórica más amplia (Jara Holliday, 2011).

7.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS.

La unidad de análisis está formada por menores de 18 años internados en la Clínica Privada Saint Michel, de la ciudad de Córdoba, durante el periodo abril- noviembre de 2019; y sus sistemas familiares (madres, padres, hermanos y abuelos). Las edades de los pacientes están comprendidas entre los 15 y 18 años.

La muestra está conformada por dos adolescentes, paciente mujer 15 años y varón 17 años, que estuvieron internados en los sectores Rojo y Blanco (respectivamente), destinados a pacientes agudos; cuyo tratamiento comprende un abordaje clínico familiar considerado indispensable para el trabajo con menores. Para la selección de los pacientes se tuvo en cuenta que sean ingresos recientes para abarcar la totalidad de la internación lo cual haya permitido presenciar la primera entrevista de familia, además de concretar todas las instancias de seguimiento: entrevista con el terapeuta, a algún familiar y a cada uno de ellos de forma individual.

Tabla de caracterización de la muestra.

Paciente.	Edad.	Motivo de internación	Duración de la internación	Diagnóstico (CIE-10)	Grupo conviviente
Daiana	15	Intento de suicidio y conductas autolíticas.	22 días.	F60.3 Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable.	Madre, padre, 4 hermanos varones.
Camilo	17	Intento de suicidio.	27 días.	F98 Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia.	Padre y abuela paterna

7.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Los instrumentos y acciones que se llevaron a cabo para recuperar los datos y dar cuenta de los objetivos son:

- Observación participante: podría considerarse que esta técnica es la más utilizada a lo largo de la práctica. Tal como plantean Yuni y Urbano (2006), implica la participación más o menos intensa del observador en la realidad observada; y particularmente aquella que requiere una interacción con la realidad a observar. Aquí el investigador ingresa a la situación modificándola temporariamente mediante el ejercicio de su rol, en nuestro caso como practicantes.

Para realizar esta tarea de sistematización de experiencias, la observación participante resulta fundamental.

La observación participante consiste en dos actividades principales: observar sistemática y controladamente todo aquello que acontece en torno del investigador, se tome parte o no de las actividades en cualquier grado que sea, y participar, tomando parte en actividades que realizan los miembros de la población en estudio o una parte de ella. (Guber, 2004, p. 109)

Para recolectar los datos a través de esta técnica, se realizaron observaciones de entrevistas a pacientes y a padres acompañando a los profesionales pertinentes tanto dentro del internado, como así también en el espacio de terapia familiar que funciona en la Cámara Gesell; también se ha asistido, en el rol de observadora participante, de los espacios de reflexión grupal con adolescentes.

Los datos fueron registrados a través de las notas de campo priorizando, fundamentalmente, aquella información referida a las características del síntoma y diagnóstico, relatos del paciente, modalidades relacionales particulares del adolescente en sus diversos subsistemas, estructura del

sistema familiar referido a fronteras, límites, roles, jerarquías, funciones, alianzas, que los pacientes pertenecientes a la muestra elaboran con sus respectivos sistemas familiares.

- Análisis de los registros de campo: tomando como base la práctica, se redactaron registros de cada uno de los días asistidos detallando en ellos aspectos de lo sucedido, sensaciones, conductas, situaciones, diálogos textuales, etc. Es decir, “el registro es un medio por el cual se duplica el campo en las notas (registro escrito), en imágenes (fotografía y cine) y en sonidos (registro magnetofónico). Así, el investigador "recolecta lo real tal cual es", esto es, "recoge datos"” (Guber, 2004, p. 166). Los datos registrados implican un recorte de lo que en la práctica resulta más significativo y relevante.

Esta tarea podría ser pensada como el modo en que el investigador concibe el campo y lo que sucede dentro de él.

Para llevar a cabo la sistematización, fue necesario no solo registrar sino analizar dichos registros. Esta tarea consistió en realizar una lectura y relectura de los mismos para abrir hacia nuevas perspectivas de trabajo, plantear preguntas que permitan focalizar en nuevas observaciones, identificar las principales categorías conceptuales de acuerdo a los objetivos planteados y abrir interrogantes en torno a lo registrado logrando una mirada más amplia.

- Entrevista: en un segundo momento de la práctica y con el propósito de profundizar y acceder a una mayor cantidad de datos para cumplir con los objetivos propuestos, se utilizó como técnica de recolección la entrevista. Ésta es “una técnica de investigación muy utilizada, apelando a un rasgo propio de la condición humana - nuestra capacidad comunicacional- esta técnica permite que las personas puedan hablar de sus experiencias, sensaciones, ideas, etc.” (Yuni y Urbano, 2006, p. 81).

Siguiendo con los autores, podemos decir que, a través de ella, se ha podido acceder a hechos, realizar interpretaciones de sucesos o fenómenos, descripciones de situaciones a los que no podríamos acceder de otro modo. Mediante la entrevista hemos podido adentrarnos en descripciones e informaciones que proveen las mismas personas que actúan en una realidad social

dada, es decir, se ha podido acceder a información sobre ideas, creencias y concepciones de las personas entrevistadas.

Para contribuir con la recolección de datos para la sistematización de la práctica, se llevaron a cabo entrevistas tomando como eje de indagación las categorías propuestas en los objetivos de este trabajo. Las mismas fueron realizadas en diferentes instancias. Por un lado, se encuentran aquellas realizadas en rol de observadora participante con el terapeuta, las cuales abarcaron: entrevistas al adolescente, familiar del mismo y en Cámara Gesell.

Por el otro, aquellas realizadas a terapeutas de familia en las que se puntualizan ejes tales como lectura sistémica del caso, hipótesis que se manejan, movimientos familiares realizados, emergentes en las sesiones, pronóstico presuntivo, con quienes se continuó trabajando en terapia.

Por último, se realizaron entrevistas a los adolescentes de la muestra. Las preguntas que se incorporaron en las entrevistas incluyen temáticas tales como: características del lugar que ocupa dentro de la familia, percepción de subsistemas, de las coaliciones, alianzas; historia del síntoma, atribuciones causales que realiza la persona, tratamiento previo, aspectos relacionados al cuadro sintomático, constitución y estructura familiar, características de las relaciones con cada miembro familiar, funcionamiento familiar, grados de proximidad y alejamiento entre los miembros, funciones y roles familiares.

7.4 IMPLICANCIAS ÉTICAS.

Para la recolección de datos, desarrollo de la práctica y realización del Trabajo Integrador Final, se ha procedido teniendo en cuenta lo indicado por el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.

En primer lugar, será importante destacar que la norma que prima a todos los requerimientos éticos de la práctica y la profesión del psicólogo es el Respeto por la dignidad de las personas y los pueblos. Dicha norma, se ha utilizado como guía en nuestro quehacer ético como practicantes reconociendo que toda persona es digna de igual consideración sin importar diferencias aparentes o reales.

Por otro lado, será relevante citar:

Lxs psicólogxs tienen el deber de guardar secreto asegurando así la confidencialidad de todo conocimiento obtenido acerca de los destinatarios de sus servicios profesionales. Este deber hace a la esencia misma de la profesión, responde al bien común, protege la seguridad y la dignidad de los consultantes, sus familias y comunidades, debiendo resguardar los intereses de las personas a quienes ofrecen sus servicios, cualquiera sea el ámbito profesional de desempeño. (Colegio de psicólogos de la Provincia de Córdoba, 2016)

Basándonos en la norma del Secreto profesional, a lo largo del trabajo, se pone énfasis fundamentalmente en un aspecto relevante: la confidencialidad. Resulta esencial mantener ciertas informaciones de forma confidencial tal como lo serán: la identidad del sujeto, para ello los nombres fueron reemplazados por otros garantizando así que las identidades de los pacientes, así como la de sus familiares, permanezcan resguardadas; también se protege su procedencia, intereses y demás datos que puedan ayudar a identificarlo a fin de preservar y asegurar su privacidad, intimidad, dignidad y respeto.

8. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LA EXPERIENCIA.

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.

En este apartado se procede a realizar una reconstrucción de la experiencia desde el inicio de la práctica en el mes de abril de 2019 hasta su finalización en el mes de noviembre del mismo año. El objetivo fundamental es lograr un ordenamiento de la información de forma cronológica para dar cuenta de lo vivenciado en el marco de las Prácticas Profesionales Supervisadas.

El primer día ingresé por la entrada más nueva que tiene la Clínica Saint Michel, en este primer contacto con la institución, el día doce de abril del año 2019, se llevó a cabo una reunión con la referente en la que se acordaron, fundamentalmente, cuestiones formales. Luego de esto pudimos comenzar con las actividades; la primera que presenciamos fue el **ateneo clínico**, consiste en una reunión que se realiza todos los días viernes en el aula de la institución, y a la que asisten todos los profesionales presentes incluyendo psiquiatras, psicólogos, médicos clínicos, licenciado en nutrición. La actividad “ateneo clínico” puede ser de dos tipos: de tipo educativo y tener temática específica, o bien, que algún profesional presente un caso para ser debatido entre todos de acuerdo a lo que cada uno pueda aportar desde su conocimiento y rol.

En diferentes oportunidades se presentan casos, tanto de pacientes del internado, como del Hospital de Día. Uno de los temas que circula mucho en torno a esto es el apoyo familiar y el sostén que ese paciente tiene por fuera de la institución para el momento de la externación, aquí comienza a delimitarse mi interés por el protagonismo que cobra el sistema familiar en una situación de internación. Esto es posible ejemplificarlo a partir de ciertos extractos de registros diarios de esta actividad: en primer lugar, un paciente de hospital de día quien se encuentra en una situación dificultosa ya que su familiar a cargo se estaba quedando con todos sus bienes, S (hombre 50 años) *“había sido siempre expulsado de diferentes espacios, desde su familia y ahora de su casa”* (Registro 12/04/19). Por otro lado, en relación a la paciente E (mujer 17 años), es posible citar lo siguiente en relación a la importancia del acompañamiento familiar: *“la familia no abandonó el espacio de terapia familiar, lo que evitó la reinternación de la paciente, la clínica como lugar de apoyo, la transferencia también está en ellos”* (Registro 27/09/19).

Un ateneo que resultó de suma importancia fue el titulado “Familias Multiproblemáticas” llevado a cabo por el equipo de Terapia familiar. En este encuentro fue posible plasmar la

complejidad de las familias con las que se trabaja a diario dentro de la clínica: familias gravemente perturbadas en las que algún miembro, en este caso adolescente, a través de su síntoma, devela pautas de interacción que “no funcionan bien”. Algunas de las citas que pueden rescatarse son las siguientes:

- Paciente mujer, J 17 años: *“Se trata de una paciente frágil, frente a un contexto familiar vulnerable que también necesita trabajo terapéutico. Pautas familiares enloquecedoras que generan patologías”*.
- *“esta pauta interaccional genera un embrollo psicótico en el sistema, sobre todo la madre desde el doble discurso”* (Registro 18/10/19).

El ateneo es de suma importancia para el equipo y lo fue para las practicantes ya que permitió apropiarnos de muchos términos técnicos y profundizar en el modo de abordaje de casos, logrando de este modo un aprendizaje más abarcativo, pudiendo aplicar lo teórico- académico al ámbito de la práctica clínica. Además, resultan muy significativos los debates en discusión interdisciplinaria que suceden en este espacio.

Otra de las actividades realizada se denomina **Grupo de Reflexión**, asistía los días lunes a las once de la mañana con pacientes del internado. Está a cargo de la referente institucional y funciona como asamblea de inicio de la semana. Este espacio grupal se realiza en el comedor del Sector Blanco, siempre es un grupo con muchos pacientes debido a que concurren sector A y B, en dicho espacio, también se encuentran los pacientes masculinos que padecen algún tipo de adicción.

La coordinadora siempre inicia aclarando que es un espacio de oralidad y de escritura ya que todo lo que se habla va siendo registrado en un libro de actas a modo de producción grupal, y al final es leído en voz alta para todos como una forma de devolución. El objetivo principal de estos grupos es, por un lado, dialogar acerca de cómo están atravesando la internación: de qué modo la significan, qué sentido le otorgan, qué movilizaciones les produce, qué implicancias tiene, de qué modo cada uno va tramitando este momento. Por otro lado, con respecto a los pacientes próximos al alta, permite conocer qué se llevan de la internación, qué les permitió pensar o cambiar, qué tratamiento van a continuar, si cumplieron con su expectativa, qué objetivos tienen luego de la externación. Se puede rescatar del registro diario del día 3 de junio de 2019 lo siguiente: *“se enfatizó mucho en la “hoja de ruta” que se debía continuar luego de la internación, es decir, la licenciada aclara que la internación es solamente UNA instancia del tratamiento y que están allí*

por un mes, pero lo más importante era tener, para el alta, una hoja de ruta marcada para saber cómo continuar luego”.

En estos espacios, la mayoría de los pacientes tienen deseo de expresarse; a modo de ejemplo se pueden rescatar las siguientes citas:

- *“Muchos coincidieron en que la internación es un punto de partida, un antes y un después”.*
- *“La internación es como un cambio de piel como pasa con las víboras, hacerse nuevo”* (Registro 6/05/19).

Una opinión que se repitió bastante en el grupo (a pesar de que los pacientes se van renovando), es que la internación les permite hacer un “parate” o un “stop” en sus vidas. Algunos pacientes refieren: *“la internación es como meterse en una burbuja y desconectarte de todo”* (Registro 06/05/19). En los grupos se puede observar, nuevamente, que el sistema familiar aparece como un factor fundamental tanto en el acompañamiento por el tránsito de la internación como en el deseo de recuperación. Esto se puede ver reflejado en las siguientes citas:

- Paciente F mujer, 19 años: *“Ingresé por depresión, una fase aguda e ideas de muerte, estoy en blanco no pienso en nada, extraño mi familia”* (Registro 05/08/19).
- Paciente D, hombre 45 años: *“tuve salida y pude hablar con mis hijos, fue muy positivo, lo que no quería era volver”* (Registro 02/09/19).
- Paciente J, (varón, 20 años): *“estoy contento, mi familia me dijo que me iba a seguir apoyando”* (Registro 21/10/19).

Esto lleva a preguntarme ¿De qué modo la internación ayuda a encontrarse consigo mismo? ¿En qué medida el sistema familiar funciona como un motor de empuje para transitar la internación? ¿Qué importancia tiene la internación en la vida del paciente y de su familia?

Otra cuestión que es muy recurrente se refiere a la contención grupal, el apoyo y apuntalamiento mutuo que se logra en estas instancias, estableciéndose relaciones, no solo de compañerismo, sino también de amistad, el intercambio de experiencias, poder escuchar al otro. Esto se puede ejemplificar a través de la siguiente cita: *“En general la mayoría de los que tomaron la palabra en esta oportunidad coincidieron en que el grupo fue lo que más los ayudó, la*

contención de los mismos compañeros y el hecho de compartir experiencias y llevarse eso” (Registro 13/05/19).

Las practicantes participamos también del **Taller de Laborterapia**; asistía los días viernes primero para el sector rojo, verde y azul; y luego para el sector blanco 1 y 2. Esta actividad fue realizada hasta el mes de junio. El espacio funciona como una actividad recreativa para los pacientes internados y de hospital de día, en el que se llevan a cabo actividades relacionadas con el arte tales como: pintar dibujos, decoupage, adornos con CD, origami, cuadros.

En referencia al registro del día 26 de abril de 2019 puedo citar: *“estaban casi todos centrados en sus actividades, que era pintar diferentes dibujos, a excepción de G (quien se encuentra internado por consumo problemático) que está pintando un cuadro”*. Esto lleva a pensar sobre la necesidad de los pacientes de realizar actividades para ocupar los tiempos vacíos, ya que reiteradas veces relatan sobre el aburrimiento que suelen experimentar por estar tantas horas de inactividad, en relación a esto se puede citar: la paciente M, *“me manifestó sus ganas de seguir el tratamiento en forma ambulatoria ya que estar ahí la angustia mucho: “cuento los días y los minutos que pasan””* (Registro 03/05/19).

Además de ser un espacio de ocio para entretenimiento, también allí se conversa acerca de cómo están atravesando sus días, se comparten rondas de mate, momentos de risas y un clima distendido. Particularmente nosotras, en el rol de practicantes, pudimos dialogar con los pacientes sobre lo que ellos deseaban contarnos o expresar. Desde lo registrado puedo rescatar las siguientes citas:

- En cuanto a la paciente M: *“me describió sus momentos de tristeza como estar en el fondo de un pozo, no poder salir, ganas de morirse, angustia sentida en el pecho, no encontrarle sentido a la vida”* (Registro 26/04/19);
- La paciente A (mujer sector Rojo): *“Al preguntarle cómo se sentía, me dijo que aún estaba bastante mal y que esperaba comenzar a sentirse mejor pronto”* (Registro 07/06/19);
- El paciente A (varón 20 años): *“me dijo que no se sentía tan bien que tenía muchas alucinaciones, que esa misma noche no había podido dormir, y que se había ido de permiso el fin de semana anterior, pero había tenido que volver porque se sentía aturdido”* (Registro 10/05/19).

Resulta importante destacar que, es muy común, que los pacientes utilicen este espacio para hacer manualidades y luego entregarlas a modo de regalo a algún familiar o ser querido, lo cual se puede observar en el siguiente ejemplo: la paciente B, *“le pidió a L si podía hacer un cuadrito con lana para sus nietos a lo que la tallerista accedió, pero no sabía que poner, así que pensamos juntas y terminó escribiendo A y M las amo, que corresponden a los nombres de sus nietas más pequeñas”* (Registro 17/05/19). También pueden pedir que les lleven algo para pintar o coser y usan el tiempo con este fin.

Un encuentro que resulta importante destacar, fue el del día 31 de mayo, las practicantes, llevamos a cabo en el internado una actividad propuesta por nosotras, la cual consistía en que cada uno marcara su mano en una hoja de cartulina y escribiera dentro qué significado le otorgaban a la internación. En relación a esto pudimos ver que la actividad fue bien acogida ya que participaron de manera activa. Lo que puedo rescatar del registro es lo siguiente: *“todos los pacientes se motivaron con la actividad y cada uno se puso a marcar su mano”*. Con respecto al cierre de la actividad se puede citar: *“Entre las palabras que surgieron fue: silencio, tiempo, recuperación, despreocuparme, primer paso para la recaída, mientras haya excepción no habrá teoría. Cada uno que iba compartiendo lo que había escrito con el resto del grupo se levantaba y lo pegaba en el vidrio de la ventana”* (Registro 31/05/19).

El **pase de guardia** es una actividad que se lleva a cabo todos los días e inicia a las ocho de la mañana, es lo primero que se realiza cada día. Fue realizada hasta mitad de año, ya que luego se fueron acotando las actividades en torno a mi eje de sistematización. En un primer momento se reúnen los médicos y psiquiatras que estuvieron de guardia esa noche, con los que están por ingresar y le comentan acerca de los nuevos ingresos y las novedades más relevantes de algunos pacientes, si hubo alguna descompensación y también cuestiones meramente clínicas. Esto se lo puede ejemplificar a través de los siguientes registros:

- *“en el fin de semana no ha habido ingresos y tampoco ninguna eventualidad grave, se comunicó sobre algunos pacientes que tendría alguna dificultad médica”* (Registro 24/04/19).
- *“Fue una guardia importante ya que se tuvieron 11 ingresos, 6 a la tarde y 5 durante la noche. Dos de ellos fueron casos de jóvenes que llegaron bastante agitadas y agresivas, ambas necesitaron sedación”* (Registro 21/05/19).

En un segundo momento, los profesionales que están iniciando su jornada laboral comienzan a pasar por cada uno de los sectores donde los enfermeros presentes les informan sobre la cantidad de pacientes internados, el número de camas vacías y luego sobre cómo se encuentran uno por uno de los pacientes en forma detallada, las medicaciones que recibieron, como se sienten, que cosas detectan ellos, etc. A partir de esto es posible estar constantemente actualizado sobre las novedades, lo cual permite realizar un seguimiento del paciente por los diferentes espacios.

La participación en las **entrevistas familiares en Cámara Gesell** es una posibilidad que se incorporó el año pasado como espacio de práctica disponible para las pasantes tanto de la Universidad Católica como de la Universidad Nacional de Córdoba. Esta actividad se realiza los días viernes a partir del mediodía, la llevan a cabo tres terapeutas con orientación sistémica y es la que permitió delimitar mi Eje de sistematización. Las practicantes podemos estar detrás de cámara junto con el resto del equipo en las entrevistas de familia a pacientes menores de edad que están internados o dados de alta recientemente. El objetivo es poder identificar como son los vínculos familiares más allá de lo que se relata, cómo interactúan, qué compromiso tienen en el tratamiento, de qué manera y desde qué lugar se incluyen. Es posible ejemplificar lo anterior desde el siguiente registro: el padre dice *“no nos gusta estar acá, es una situación que como papás no vemos muchas veces las realidades. Uno se integra mucho en lo laboral, pero hay situaciones familiares que no está viendo”* (Registro 14/06/19). Lo que principalmente se busca con esta entrevista es plantear algún objetivo terapéutico desde el sistema y no sólo desde la individualidad. Esto se lo puede ver plasmado en los siguientes registros:

- Familia de paciente de 14 años quien fue ingresado por consumo problemático de sustancias: *“Comenzamos a pensar diferente a partir de esto, fue como poner la mirada en nuevas cosas, las cosas no estaban como creía. T agregó: “todos tenemos que cambiar”* (Registro 26/04/19).
- Familia de paciente mujer, adolescente de 17 años: *“La licenciada les pregunta ¿qué cambios hicieron? Contesta el padre: desde marzo hasta ahora, desde que empezaron estos problemas hubo más acompañamiento y más reconocimiento de las diferencias”* (Registro 17/05/19).
- Familia de paciente S (mujer, 16 años) expresa: *“me fue bien, pero ahora no quiero ir más a la escuela, quiero estudiar desde mi casa. Se propone cambiar de colegio, pero no quiere ya que le gusta la especialidad a la que asiste”* (Registro 26/07/19).

- Familia de paciente varón C 17 años, expresa la madre: *“en algunas cosas estoy de acuerdo respecto a que se desarma la familia, pero a partir de ahí no coincido con Camilo”* (Registro 4/10/19).

Esta instancia es fundamental para el equipo tratante ya que le permite tomar decisiones significativas sobre el tratamiento, diagnóstico y las condiciones en las que el paciente se retirará de la institución, por ejemplo, con quién va a vivir; ya que por lo general se trata de familias multiproblemáticas o seriamente perturbadas. También resulta significativo considerar que en la terapia familiar afloran algunas cuestiones desconocidas para algunos miembros del sistema, lo cual hace que dicho espacio sea propiciador para poder hablar temas que de otro modo no se abordarían o permanecerían ocultos. Es posible citar algunos recortes:

- Familia de L paciente mujer 17 años: *“ya descubrí porque me pasaba eso” “yo le puse mucha carga emocional que no le correspondía- trasladé una imagen de mi papá y la ira, por eso nos llevábamos mal, pero entiendo que es igual de víctima que yo”* (Registro 06/09/19).
- Familia de Daiana, mujer 15 años: uno de sus hermanos dijo, *“yo quiero saber si hay algo más, ¿qué hay que no nos decías a nosotros?”; “no quería que supieran de los cortes porque me daba vergüenza”* (Registro 13/09/19).

A partir de esto es posible pensar en la importancia y el poder que tiene este espacio para el sistema familiar, puede ser visto como una oportunidad ya que la mayoría de las veces nunca antes los miembros habían podido dialogar en esos términos.

También se pueden abrir algunos interrogantes: ¿De qué modo la familia acompaña en los procesos de internación psiquiátrica? ¿Qué lugar tiene el sistema familiar en el tratamiento? ¿Cuál es la importancia de lo relacional? ¿Qué función tiene este abordaje desde lo terapéutico? ¿Cómo funciona el sistema familiar? ¿Quiénes participan del sistema organizado por el problema?

Durante la segunda parte de las practicas comencé a presenciar **Entrevistas en el internado**. Los profesionales realizan un seguimiento de los pacientes a lo largo de la internación a través de encuentros breves. Estas entrevistas tienen como objetivo ayudarlos a sobrellevar la internación, identificar como se están sintiendo y como van evolucionando, lograr un mayor acompañamiento y contención, y también asegurar ciertas condiciones para el momento de externación.

De acuerdo con mi eje de sistematización y población delimitada, estuve acompañando al licenciado tratante de los adolescentes. Dicha actividad consistió en presenciar las entrevistas que se realizaban un determinado día de la semana, si bien el abordaje no es demasiado profundo (a modo de terapia), permite trabajar cuestiones sobre el tránsito de la internación, la situación aguda y se apunta a la estabilización del paciente.

Esto se puede ver reflejado en algunos fragmentos extraídos de los registros tales como:

- *“La demanda principal de la paciente era la posibilidad de salir de permiso durante el día sábado y domingo”*- A 15 años. (Registro 25/07/19).
- *“Plantea que quiere saber cuál es la medicación que le están poniendo ya que hay días que duerme desde la mañana hasta el otro día”*- Paciente P 16 años (Registro 01/08/19).
- *“Llora intensamente y dice que no puede más allí dentro, que no sabe más que hacer, siente que se va a morir de angustia”*- Paciente S 15 años (Registro 28/08/19).
- Paciente mujer Y 15 años: *“me quiero ir, pensé que mi mamá me iba a llevar”* (Registro 16/10/19).

Por otro lado, también se abordan cuestiones relacionadas a temas personales, preocupaciones, motivo de internación, estado psicofísico, relaciones entre pares, familiares, de pareja, etc. Los ejes son muy variados de acuerdo a lo particular del paciente. Algunas de estas cuestiones es posible ejemplificarlas con las siguientes viñetas:

- *“Comenta estar un poco complicado con el tema de sus emociones, su familia y la impulsividad, sobre todo esto último”* – Paciente P 17 años (Registro 28/08/19).
- *“me siento mejor cuando estoy sola en la pieza, en mi casa me sentía mal por estar sola, vacía y estar acá, aprender a integrarme me ayudó muchísimo, cuando no está I no me siento mal, no tengo miedo, me siento más completa y me hace bien”*- Paciente A 15 años (Registro 18/09/19).
- Paciente L mujer, 15 años: *“Insiste con la demanda de ver al novio, se trabaja al respecto y sobre los vínculos, “estoy sola no soy buena para relacionarme””* (Registro 16/10/19).

Ante todas estas cuestiones surgen algunas preguntas tales como: ¿Cómo es el tránsito de una internación en la adolescencia? ¿Qué diferencias existen entre la internación psiquiátrica de un

adulto y un adolescente? ¿Cómo se vivencia el estigma de la enfermedad mental en cada caso? ¿Cómo se apropian del espacio los pacientes de acuerdo a su momento evolutivo de vida? ¿Qué particularidades tienen las problemáticas de los adolescentes? ¿Por qué es necesaria la terapia familiar dentro de la internación?

Otra de las actividades que me incorporé de acuerdo a mi eje, es el **Grupo de reflexión con adolescentes**, si bien los objetivos no se diferencian demasiado del espacio grupal en el sector blanco, en este caso el número de personas es mucho más reducido lo cual permite un abordaje más terapéutico. La licenciada inicia el grupo pidiendo que cada uno se presente diciendo su nombre, edad y les pregunta con que más se quieren presentar, suelen surgir propuestas interesantes, por ejemplo: a quien extrañan más, serie favorita, lugar de origen, escuela a la que asisten etc.

Además, se abordan cuestiones relacionadas no sólo al tránsito por la internación, sino también temáticas propias de la adolescencia; predominan conflictivas en relación al cuerpo, consumo de sustancias, bullying escolar, preocupaciones en torno a la perdida de clases por la internación, etc. Algunas de estos tópicos se pueden ver reflejados en los siguientes fragmentos:

- *“A, comentó que ella vivió una situación de abuso por parte de un compañero y que por esto pidió cambio de curso”*- Paciente mujer 18 años (Registro 23/08/19)
- *“me gustaría entrar a la escuela de gendarmería, pero no es el momento porque yo me drogo y no estoy psicológicamente preparado”*- Paciente M (varón) 17 años (Registro 16/08/19)
- *“sentía mucho negativismo, pero sigo cargando con preocupaciones o complejos como mi cuerpo”*- *“me tenía que bañar con la luz apagada”*- paciente M (mujer) 16 años (Registro 6/09/19)
- *“me preocupan mis notas”* *“porque siempre tengo notas altas y un profe me quiso poner un 2 y yo soy responsable, era muy injusto”*- Paciente J (mujer) 17 años (Registro 13/09/19).
- Paciente B, mujer 15 años: *“porque siempre nosotros tenemos que hacer cosas para satisfacer a los padres y ellos no hacen nada- piensan que con una internación se pasa todo”* (Registro 18/10/19).

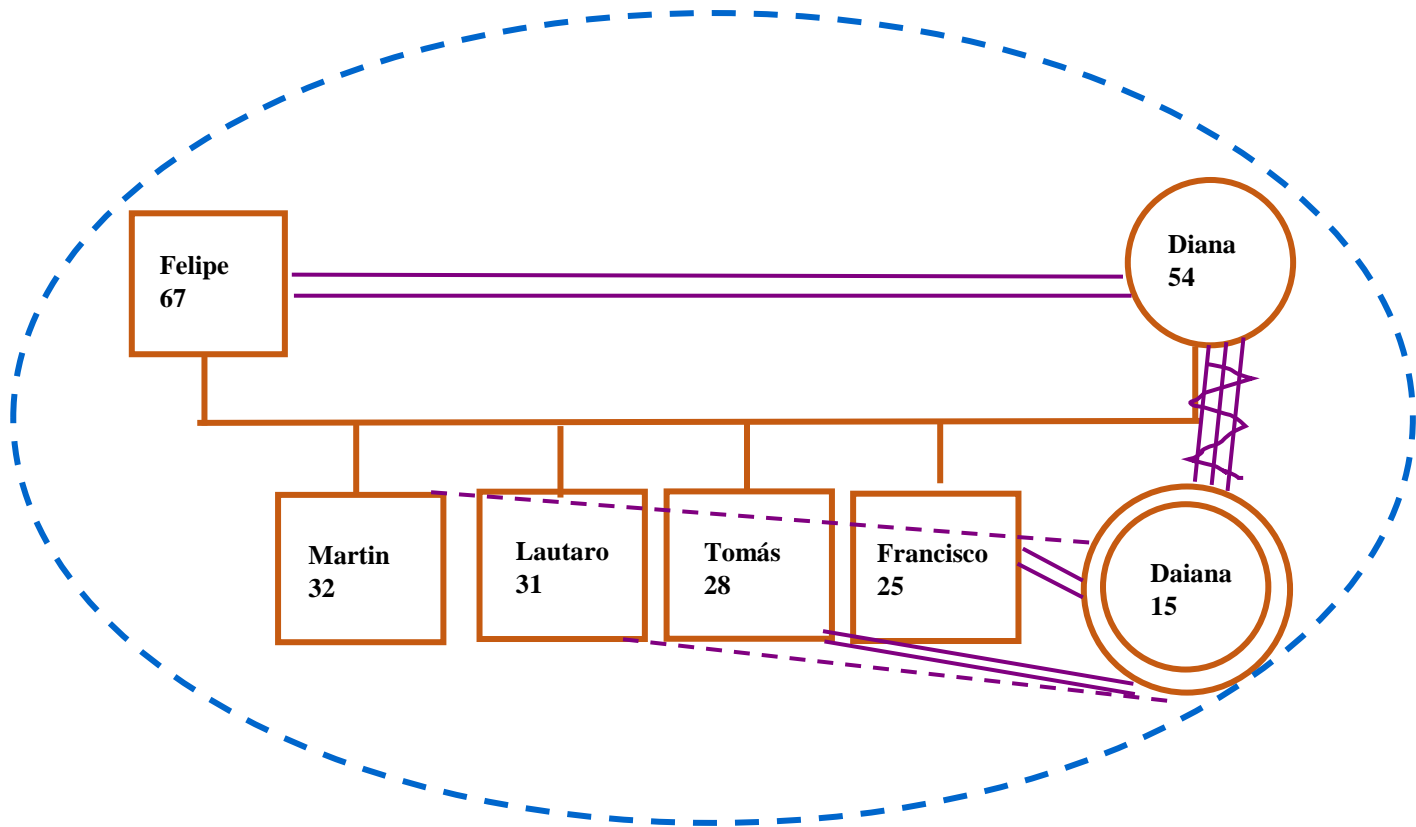
Luego de describir esta actividad es posible abrir algunos interrogantes acerca de la importancia de considerar un espacio exclusivo de menores donde puedan compartir temas y expresarse libremente. ¿De qué modo se podría mejorar la expresión de los adolescentes? ¿Cómo fomentar el apoyo mutuo? ¿De qué forma les ayuda el hecho de compartir experiencias con los pares? ¿Cuál es la importancia de crear espacios exclusivos para menores?

8.2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.

A continuación, se retoman aquellos datos y aspectos de la práctica que resultaron ser los más relevantes en relación al eje de sistematización delimitado para el presente trabajo. El mismo fue una guía en el análisis de la información debido a que ha permitido identificar diferentes categorías para la posterior interpretación crítica de los datos.

A su vez, estas categorías facilitaron la reconstrucción de lo vivenciado y experimentado en la práctica y dieron lugar a la reflexión sobre los modos relacionales propios del sistema, su grado de disfuncionalidad y su vínculo con la función del síntoma adolescente. El análisis y síntesis de la experiencia fue un proceso complejo, realizado en diferentes instancias y durante el cual fue necesario retomar una y otra vez tanto los registros diarios, como la información teórica utilizada.

8.2.1 CASO 1: DAIANA

Genograma.

8.2.1.1 HISTORIA DEL SÍNTOMA.

11 años: autoflagelaciones, golpes, vómitos, percepción de bullying escolar.

“a los 11 años fui a la psicóloga porque me hacían Bullying en el colegio y también me cortaba, vomitaba y todo eso”

14 años: percepción negativa de sí misma.

“me odiaba, no me gustaba mi personalidad, no quería entrar en crisis porque no me cortaba ni nada, estuve 8 meses, yo con esa psicóloga no me pude conectar mucho”

15 años: cortes, golpes y consumo de quitaesmalte.

“en esa crisis el domingo yo agarré y bueno, le empecé a pegar a las paredes muchas veces, me golpeaba la cabeza contra la pared, me quedó toda la mano morada y bueno agarré y vi un quitaesmalte (...) yo estaba mal, que me sentí tan mal que quise dejar de estar, yo me quería ir, no quería estar un segundo más consiente”; “yo me sentía tan mal en el momento que agarré y me corté, hacía tres años que no me cortaba”.

12 años: “seguí con los cortes, seguí vomitando y no comiendo, la psicóloga esa no me ayudé en nada, absolutamente en nada”

14 y 15 años: conductas de aislamiento y encierro en su habitación percibida por los miembros del sistema familiar.

8.2.1.2 ESTRUCTURA FAMILIAR.

Subsistemas (límites y fronteras).

Es a partir de las relaciones e interacciones que se van conformando los diferentes subsistemas. Dentro del sistema familiar de la paciente, es posible identificar en primer lugar, un subsistema materno- filial conformado por Daiana y Diana.

El modo de relacionarse dentro de este subsistema es unido pero conflictivo. La paciente identificada comenta que la relación con su madre fue atravesando diferentes momentos a partir de su ingreso a la adolescencia, lo expresa del siguiente modo: *“yo cuando me peleaba con mi mamá que nos llevábamos mal. yo decía que se vaya y pensaba que si se moría no lloraría, así bien mal nos llevábamos”,* y agrega: *“Nos llevábamos mal, todo el tiempo me gritaba y yo le gritaba a ella. Después de que empezó a ir al psicólogo para poder ayudarme a mí, le hizo bastante bien”*. Sin embargo, actualmente, cuando se le pregunta qué miembro de la familia piensa que le puede otorgar mayor contención, responde: *“y a pesar de todo creo que mi mamá”*.

Dentro del subsistema materno- filial podría pensarse en la presencia de límites difusos; Minuchin (1974) afirma que cuando esto ocurre, se genera una falta de autonomía entre los miembros, es decir, un miembro del sistema puede invadir el espacio de otro y no se cumplen las reglas familiares. A esto se lo puede visibilizar en la siguiente expresión de la paciente: *“mi mamá siempre tuvo el problema de que quería saber el porqué, porqué: yo le decía por eso quiero ir al psicólogo para contarle a esa persona y mi mamá siempre es muy metida entonces yo a veces le chamuyaba cosas como para que me deje ir”*. En la entrevista realizada a la paciente se llevó a cabo una actividad en la que se le preguntaba qué pasaría si alguno de los miembros de la familia se fuera para siempre. La misma tenía por objetivo identificar qué movimientos podían darse al ausentarse algún integrante del sistema. Cuando se le preguntó acerca de cómo se sentiría si se fuera su madre, la adolescente respondió: *“y libre, podría hacer lo que quiera, es la verdad, sería mucho más libre y como que más calmado, mi mamá está todo el tiempo en mi casa, trabaja desde mi casa, se va cuando tiene el evento, pero se va un par de horas y después vuelve, no es como mi*

papá que trabaja no sé 12 horas”; “mi mamá está todo el tiempo y ya cansa”, a partir de estas expresiones podemos pensar en un sentimiento de agobio debido a la presencia constante de Diana sobre su hija. Por otro lado, cuando se le pregunta cómo se sentiría su mamá lejos de ella, expresa: “sí, me extrañaría, por ejemplo, ahora me está extrañando un montón, todos me están extrañando”.

En segundo lugar, podría pensarse en la presencia de dos subsistemas fraternos, por un lado, Daiana y Tomás y por el otro Daiana y Francisco. A lo largo de la entrevista, se le pregunta a la paciente con quienes de su familia tiene más afinidad, a lo que ella responde: *“como te dije, con mis dos hermanos más chicos”*. En relación a esto es posible citar lo siguiente: *“[respecto de la relación con Tomás] es re linda, él me dijo que tenemos una personalidad muy parecida y es verdad, nos gustan las mismas cosas, en realidad con el que mayor relación tengo es con el menor [Francisco] porque me hacía jugar más, tengo un montón de recuerdos con él, haciéndole pavadas, como pintándoles la uñas, entonces, con ese es con el que tengo más relación, pero con Tomás es también linda la relación porque es el segundo más chico”*. Si bien a partir de la información recolectada no se podría afirmar completamente la presencia de estos subsistemas, sí es posible identificar que en repetidas oportunidades, la paciente, relata ciertos aspectos relacionales con estos dos hermanos que apoyarían la hipótesis de la presencia de los mismos, por ejemplo cuando se le pregunta a qué miembro de la familia cree que afectó más su internación responde: *“de lo que yo sé, creo que mi hermano Tomás por el tema que no durmió, que después se puso re mal, que él no le podía contar a la novia, me quieren mucho mis cuñadas, porque estaba por rendir un final y no la quería preocupar, entonces como que se lo tuvo guardando un par de días y bueno me parece que es ese el que más sufrió de todos”*. Por otro lado, respecto de Francisco comenta: *“este año que fue cuando me puse de novia y cuando corté me hablo Francisco, pero ponele mi hermano me decía yo sé que la Daiana está mal, se lo decía a mi mamá y él se daba cuenta que yo estaba mal. Francisco se da cuenta que yo estaba mal y se lo contaba a mi mamá y eso fue un sábado y el domingo pasó lo que pasó”*.

Por otro lado, si nos centrásemos únicamente en la entrevista de familia podríamos asumir la existencia de otro subsistema a partir de cómo describe su relación con la paciente Martín, el hermano mayor. Éste muestra mucha preocupación por lo sucedido, se presenta como una persona muy cercana a Daiana, e intenta asumir funciones parentales argumentando que es su padrino,

incluso asiste a la entrevista de alta junto con la madre (sin Felipe). Es por ello que se podría pensar, hipotéticamente, en la posibilidad de un subsistema paterno-filial entre Martín y Daiana, debido a que el padre está mucho tiempo fuera del hogar y en diversas situaciones aparece el hermano mayor cumpliendo el rol paterno. En la entrevista familiar expresa lo siguiente: *“yo me siento con una responsabilidad más, tengo 17 años más que ella y como papá no está en todo el día, me siento responsable, cuando empezó a salir con el noviecito yo la llevaba, le dije si estás con alguien decime si me quiere saludar no tengo problema, ella quería ocultarlo, yo me sentía más responsable”*. Sin embargo, a lo largo de la entrevista individual con la adolescente, no hace referencia a la existencia de un vínculo fuerte con dicho hermano, cuando se le pregunta por la relación que mantienen responde: *“Martín, el más grande, es mi padrino, me mimó mucho y como yo era tan chiquita y él era tan grande, me podía llevar a todos lados”*. Desde esta perspectiva, sería entendible que ella no refiera a una relación cercana de hermanos con Martín, debido a que éste se posiciona más desde la función parental, aunque ella no lo perciba como tal. Cuando se le pregunta sobre qué sucedería si algunos de sus hermanos se fueran refiere: *“Martín ya se fue en su momento, sí lo extrañe pero era como divertido porque vamos a tener su pieza, hasta que volvió porque se peleó”, y agrega: “sí lo extrañé, pero ya sabía que tiene 32 años, se tenía que ir, no había forma era como Martín andate, su cama y todo seguía ahí pero él vivía en la casa de la novia, entonces era por favor Martín saca tu cama o hacé la mudanza completa y bueno hasta que volvió y como que le dijimos sos un pavo (...)”*.

Tomando al subsistema fraterno en su totalidad, desde la perspectiva de la terapeuta de familia, es posible pensar en la existencia de una demanda constante a la paciente para que confíe en ellos (sus hermanos), discurso que se presenta empático con el discurso parental; además, en todos los miembros se observa cierta dificultad para pensar sobre las propias conductas asociadas al síntoma individual de Daiana y a la interacción entre los mismos. Resulta complejo definir el tipo de límites que caracteriza a este subsistema debido a que, si bien podría decirse que cada miembro funciona con independencia del resto, y los hermanos conocen poco de la paciente (lo cual nos acercaría a pensar en límites rígidos), en realidad esto podría deberse a ciertas características individuales de Daiana tales como el encierro o su complicidad con la madre. Algunas expresiones que dan cuenta de ello son las siguientes: “[Lautaro] *cuando yo tuve más llegada con ella fue por mi novia y fue lindo porque no tenía esa confianza y hablamos un montón de cosas además por la barrera generacional*”; “[Martín] *yo por ahí no sé porque ella me dice*

nada nada, se encierra en un caparazón"; “[Tomás] yo no estaba enterado de los cortes”; *“viví el tiempo de EMOS, creo que estaríamos más cerca de eso, no me enteré, tampoco de los problemas alimenticios”*. Sin embargo, en otras oportunidades se hace referencia a la presencia de intercambios comunicativos y afectivos, lo cual nos llevaría a pensar en límites más permeables.

Por último, tomando solamente la entrevista de familia, se haría posible pensar en la presencia de un último subsistema individual formado por el padre de la paciente debido a que se presenta como periférico en lo que respecta al resto del sistema familiar, trabaja doce horas diarias y sólo comparte con la familia algunas horas de la noche y los días domingos, lo cual permite suponer que haya recibido poca información sobre los síntomas de su hija. La siguiente expresión surge de la terapia familiar cuando se le pregunta sobre su trabajo: *“todos los días de 8 a 20 horas y después veo algunos pacientes llegó entre las 22 o 22.30 a mi casa, los sábados también, los domingos estoy libre las 24 horas”*. Sin embargo, en las entrevistas individuales con la paciente, ésta, se refiere a Felipe como una persona muy significativa en su vida, expresa: *“Mi papá es demasiado bueno, es la persona más buena que conozco y a mí nunca me pegó, nunca me gritó, a mi mamá menos entonces es súper bueno, es como un héroe, siempre cuento un montón de cosas, me ayuda en un montón de cosas”*. A partir de esto cabe preguntarse en qué contextos estaría presente Felipe y en cuáles no y porqué. Quizás esta percepción agradable que relata la paciente en torno a su padre pueda deberse a que no se presenta de manera tan intrusiva como la madre.

Jerarquía.

Ochoa de Alda (1995) se refiere a la Ordenación jerárquica como aquellos juegos de poder y responsabilidad que se despliegan en el sistema familiar. En relación a esto podríamos pensar que, dentro de este sistema familiar, desde la percepción de la paciente, la jerarquía está en manos de Diana, debido a que cuando se le pregunta quién toma las decisiones en el hogar, afirma con cierto grado de enojo: *“mi mamá totalmente, mi papá, me molesta porque mi papá me dejaría hacer lo que sea, pero no tiene autoridad entonces todo le tiene que preguntar a mi mamá, es re pollerudo, mi mamá toma todas las decisiones”*, además agrega que las mismas siempre son respetadas.

En este sentido, la autora agrega que estos juegos jerárquicos interaccionales comprenden la autoridad que ciertos miembros ejercen sobre otros, las decisiones que se toman, la ayuda, protección, cuidado, etc. Cuando se le pide a Daiana que describa a su madre, la respuesta fue la siguiente: *“tiene un carácter muy fuerte, grita todo el tiempo, habla con una voz muy potente, a veces le digo mamá no me grites, pero es su voz real, quiere hacer de todo, organiza eventos ella entonces quiere hacer de todo, siempre quiere organizar cosas (...)”*. También refiere a que es incapaz de delegar tareas, en cuanto a esto comenta en la entrevista: *“yo a veces le digo ay mamá no hace falta que hagas eso, lo puedo hacer yo, pero tampoco me avisa para hacer las cosas, las quiere hacer ella”*. Se podría pensar que estas cuestiones apoyan la idea de que jerarquía está en manos de la madre.

Alianzas, triangulaciones y coaliciones.

Dentro de este sistema familiar y desde la perspectiva de la terapeuta de familia que condujo la entrevista, se puede pensar en una alianza intergeneracional entre la madre y la paciente identificada, situación que Haley (1998), define como la unión de dos personas por interés común independiente de una tercera.

Es posible identificar ciertos aspectos en el modo relacional entre ambas que darían cuenta de la presencia de dicha alianza; por ejemplo, que mantenían algunos secretos por fuera del resto del sistema familiar fundamentalmente relacionados al síntoma de Daiana. En relación a estos ocultamientos, la paciente expresa: *“Mi mamá era la única que me podía llevar al psicólogo, mi papá trabaja todo el día y nada ella era la única (...)”*. También agrega: *“No me gusta, ni que sepan de que yo vaya al psicólogo, me sentía como débil, no sé, entonces no quería que supieran. Entonces mi mamá se guardaba todo, se callaba todo y eso a mis hermanos les re molestó”*.

Por último, sería posible hipotetizar sobre la presencia de una triangulación compuesta por la paciente, su mamá y el padre. Si bien no se puede afirmar completamente que Diana y Daiana

coligaran en contra de Felipe, sí resulta admisible pensar que el secreto entre dos puede dar lugar a la formación un triángulo ya que es algo que, por un lado, las une y por el otro, hace tomen distancia del tercero; es decir, si una alianza acerca a alguien y distancia de otro cabe preguntarse si en realidad no debería ser visibilizada como una triangulación. En relación a la información que mantenía oculta la madre, expresa: *“yo trataba que nadie sepa para proteger y yo estaba siempre dividiendo las aguas”*, es decir, separando. Sin embargo, la relación que une a ambos progenitores puede considerarse unida ya que la paciente refiere que, a pesar de su pedido de mantener el secreto, Diana, decidía compartir algunas de las problemáticas con su pareja (aunque no todas): *“Entonces yo le decía “a papá no” pero siempre se lo terminaba contando y yo la entiendo porque yo también le contaba a mi novio cosas que capaz no las podía mantener”*.

8.2.1.3 OTRAS DIMENSIONES DE ANÁLISIS.

Análisis desde una perspectiva evolutiva.

Para este eje de análisis tomaremos las diferentes etapas establecidas por Haley para situar evolutivamente a la familia en cuestión.

En primer lugar, respecto de la pareja conyugal, por un lado, sería posible ubicarla como ingresando a la etapa del Destete de los padres, debido a que sus hijos mayores ya están próximos a abandonar el hogar parental. Tal como plantea el autor, en este momento, el matrimonio deberá elaborar reglas para participar en la vida de sus hijos, a su vez que puedan arreglárselas para funcionar solos en su propio hogar (Haley, 1980). Por otro lado, nos encontramos a unos padres abocados a la crianza y cuidado de una hija adolescente, quien aún permanecería en el hogar

durante algunos años más. De este modo sería posible pensar en que, los cónyuges, estarían atravesados dos etapas evolutivas en un mismo tiempo.

Andolfi y Mascellani (2012) establecen que todo cambio interno o externo inevitablemente modificará el funcionamiento familiar exigiendo nuevos procesos de adaptación para mantener la continuidad y el crecimiento. En relación a esto, podríamos pensar que, con llegada a la adolescencia de la hija mujer (quien los tomo por sorpresa luego de varios años) se generó algún tipo de ruptura en la homeostasis, debido a que la pareja conyugal se encontraba atravesando ya la etapa de Destete con el resto de sus hijos mayores, por lo que este nuevo ingreso a la etapa adolescente de uno de sus hijos habría implicado cierta desestabilización en la estructura y modos interaccionales que se mantenía hasta el momento. Puede suceder que el sistema no pueda contener dichos cambios y aparezcan perturbaciones psiquiátricas, descompensando aún más el funcionamiento familiar.

En cuanto al subsistema fraterno que comprende a los hermanos mayores estarían situados en la etapa de Galanteo (que se da de manera simultánea con la etapa de Destete de los padres), ésta se cumplirá una vez que el adolescente abandone el hogar y logre establecer vínculos íntimos fuera de la familia (Haley, 1980). Es posible identificar que, si bien los hijos mayores aún conviven en el hogar parental, cada uno ha podido realizar la salida exogámica consiguiendo un trabajo y pareja propia.

En relación al análisis evolutivo de la paciente, es posible pensar el inicio de la sintomatología hacía, según Micucci (2005), la primera adolescencia, debido a que la paciente relata: *“a los 11 años fui a la psicóloga porque me hacían Bullying en el colegio y también me cortaba, vomitaba y todo eso, y la psicóloga no me ayudó en nada (...)”*. Comenta que, es a partir de esta edad, cuando comienzan los síntomas, en palabras de ella: *“autoflagelaciones, cortarme o pegarme con la pared”*. De acuerdo con el autor, en esta etapa será de suma importancia el encuentro de un lugar dentro del grupo de pares debido a que el adolescente debe asimilar los cambios físicos asociados a la pubertad y la nueva apariencia (Minuchin, 2005). Daiana expresa que ha tenido dificultades en sus relaciones y refiere que, el bullying, ocurría en el espacio escolar, es decir, donde se relaciona mayormente con otros adolescentes de su misma edad, que estarían atravesando la misma etapa evolutiva, lo cual podría haber implicado ciertas dificultades para

relacionarse dentro del grupo de pares, respecto de las mismas expresa: *“era un castigo, todo el mundo me odiaba y yo también... mis compañeros”*.

Por estos motivos es que relata este momento vital como una etapa de difícil afrontamiento para su corta edad, expresa: *“seguí con los cortes, seguí vomitando y no comiendo, la psicóloga esa no me ayudó en nada, absolutamente en nada”*. Es posible identificar en su relato el modo en que estas problemáticas con las que cargaba generaban un peso intensificado en su vida y su desarrollo: *“fui tan poco [al psicólogo] para todos los problemas que tenía, fui ponele dos meses la primera vez y después me corte muy fuerte, se lo mostré a mi mamá que me llevo de nuevo y fui un mes nomas, fueron cuatro sesiones”*. A partir de estas expresiones podemos notar de qué modo, un par de años después, la paciente recuerda muy afligida dichas conflictivas y, sobre todo, reconoce haber sido muy pequeña para tener que atravesar su pubertad de esta manera, puede pensarse que aquellos episodios que fue superando, fueron a costa del desarrollo de los síntomas. En relación a esto también refiere: *“después con el tiempo me di cuenta que eso tenía que haber sido un montón más [en referencia a las sesiones de terapia] porque yo era muy chica y hacia cosas que me podía haber arruinado la vida, si yo seguía vomitando porque estaba en pleno crecimiento y la psicóloga no hizo nada”*.

En relación a los síntomas, es posible considerar que, si bien muchos de ellos se mantuvieron a lo largo del tiempo, otros se fueron modificando o variando. Daiana relata: *“a los 14 volví a otra [psicóloga], volví porque yo me odiaba, no me gustaba mi personalidad, no quería entrar en crisis porque no me cortaba ni nada, estuve 8 meses, yo con esa psicóloga no me pude conectar mucho, si sacamos un montón de cosas, de traumas de hace mucho, como que lo hablamos bastante (...)”*. A partir de aquí podemos pensar en el ingreso de la paciente a la adolescencia media (Micucci, 2005), de acuerdo con el autor, en este momento, aumenta la independencia del adolescente y deberá aprender a equilibrar su autonomía con sus responsabilidades. También aumenta la importancia atribuida al cuerpo y características físicas.

Por último, Ochoa de Alda (1995) considera que algunos de los problemas a los que se debe enfrentar el adolescente es la búsqueda de la identidad: desde la perspectiva sistémica, se plantea que el objetivo es que el adolescente pueda salir del círculo familiar manteniendo una relación adecuadamente protectora y que no lo haga huyendo. En relación a este caso, podemos pensar que la paciente, a través de la aparición de los síntomas, podría intentar algún tipo de escape familiar,

principalmente, en relación a algún/os miembro/os del sistema familiar, quizás podría tratarse de la relación con su madre que, si bien es su aliada y ha intentado mantener oculta la sintomatología al resto del sistema familiar, también es quien dificulta el proceso de separación y la constitución de su autonomía y, por lo tanto, la consolidación de su identidad.

Proceso de individuación.

Este eje de análisis nos permitirá interrogarnos sobre algunas cuestiones significativas del sistema familiar, sus modos relacionales y de interacción, también hipotetizar sobre si se trata de un sistema facilitador o no del proceso de individuación, qué obstáculos pueden identificarse y la posibilidad de los miembros de reconocer al otro como diferente.

En cuanto a los hermanos varones, no relatan haber tenido mayores dificultades para lograr esta diferenciación respecto de los padres y a su vez estos últimos tampoco aparecen como figuras que lo hayan imposibilitado. Si bien, aún todos los hijos continúan viviendo en el hogar familiar, han podido individualizarse como personas autónomas logrando acceder a trabajos propios y relaciones de pareja. En relación a Martín, la paciente comenta: *“Martín ya se fue en su momento (...)”*. Sin embargo, Daiana expresa que de su hermano mayor sí aceptaría que se vaya de la casa porque tiene 32 años, pero de sus dos hermanos menores, Tomás y Francisco, no podría aceptarlo tan fácilmente: *“(...) de Tomás no lo estuve aceptando tanto, cuesta mucho, pero si Francisco se va no, es muy inmaduro, no lo siento como que esté listo para irse”*. A partir de esta respuesta, cabe la posibilidad de pensar en la existencia de alguna dificultad en el sistema para acceder a un momento de mayor independencia que tiene que ver con la mudanza definitiva del hogar; como si cada hijo debiera llegar a una edad determinada que implique alcanzar cierta “madurez” y recién ahí pudiera desprenderse definitivamente del sistema familiar de origen.

En relación al proceso de individuación de la paciente sucede algo completamente distinto con respecto a la posibilidad de sus padres para asumirlo. Daiana lo reconoce del siguiente modo: *“Les costó mucho y entender de cómo es ahora las cosas que ya no son como antes, que no es lo mismo para los varones”*. Si bien en este momento vital se hace importante la educación parental

para favorecer tanto el apoyo como la fijación de límites, como ya habíamos dicho, en este caso nos encontramos con un subsistema materno sumamente rígido que tiende a obstaculizar el proceso de individuación debido a que no permite aquellas flexibilizaciones propias y necesarias que deberían poder darse cuando uno de los miembros del sistema ingresa a la etapa de la adolescencia. La paciente expresa en varias oportunidades que su madre dificulta la posibilidad de tomar algunas decisiones por sí misma y restringía bastante sus espacios de vida social al punto que, cuando (a través de la actividad) se le pregunta cómo se sentiría si su mamá se fuera, responde: *“libre, podría hacer lo que quiera, es la verdad, sería mucho más libre y como que más calmado”*.

Andolfi y Mascellani (2012), establece que en la adolescencia se produce un tire y afloje entre el tener que depender y separarse del sistema familiar y aunque, por lo general, prevalece lo segundo, también necesita contención. En el caso de Daiana, es posible pensar en la presencia de una madre sobreprotectora y entrometida en la vida de su hija menor sumado a la imposibilidad de reconocerla, ya no como la “pequeña” sobre la cual podía tomar decisiones, sino como una adolescente con necesidades propias de la etapa evolutiva y capaz de decidir algunas cuestiones por sí misma. La paciente expresa en la entrevista: *“A veces llegaba el fin de semana y yo necesitaba salir porque si no yo me quedaba en mi casa encerrada me iba a sentir peor y eso se lo explicaba a mi mamá y hasta a veces la amenazaba, “si yo no salgo esta noche no sé qué me voy hacer” le decía, como que me iba a lastimar o no sé”*.

Por último, es posible considerar que, dentro de este subsistema de límites difusos, la adolescente intenta iniciar un sano movimiento de separación e individuación respecto de su madre, aunque el mismo se ve obstaculizado debido a la presencia constante e invasiva de Diana.

Percepción familiar sobre la paciente.

En este punto resulta importante destacar algunas cuestiones que los miembros del sistema familiar percibían respecto de la paciente. Por ejemplo, a lo largo del relato de dichos integrantes

podemos visibilizar que un aspecto que los preocupaba o llamaba la atención eran ciertas conductas de aislamiento que relatan del siguiente modo: [Francisco] *“yo a su edad salía mucho con mis amigos, a la tarde siempre andaba y ella se queda encerrada, no es que no tiene amigos, cuando está mal se queda en la pieza y no entra nadie”*; [Lautaro] *“sí, nos damos el espacio la invitamos a que suba y que no se encierre. Muchas veces no sabemos cuál es la barrera entre darle un espacio y dejarla sola”*. Sin embargo, Daiana no reconoce dichas conductas como preocupantes o de gravedad y expresa que, simplemente, en diferentes momentos prefería aislarse y permanecer sola; esto puede identificarse como una conducta desafiante dirigida al sistema, una puesta a prueba para conocer que hacían los integrantes de la familia ante esta situación, a cuantos preocupaba y de qué modo. Cuando se le pregunta que hace en estos momentos responde: *“escuchaba música, [...] no hacía nada, me ponía a pensar”*. Esto también se relaciona con lo que plantean ciertos autores quienes consideran que, el adolescente, a lo largo de su vida diaria puede pasar largas horas de inactividad alternadas con momentos de interés, pero manteniendo una expresión de aburrimiento o de abulia. En cuanto a los últimos episodios antes de la internación Diana comenta: *“en los últimos días yo veía que se encerraba, el viernes salió y tuvo problemas con un novio o amigo y el día sábado no quiso comer”*, nos encontramos nuevamente con estas conductas desafiantes.

Por otro lado, respecto de las autoflagelaciones algunos miembros del sistema familiar aportaron lo siguiente: [Tomas] *“yo no estaba enterado de los cortes”*, *“viví el tiempo de EMOS, creo que estaríamos más cerca de eso, no me enteré, tampoco de los problemas alimenticios”*; [Felipe] *“no eran cortes, todo sabemos lo que significan ese tipo de cortes”*. A partir de estas expresiones podemos identificar una tendencia a minimizar los síntomas de la paciente lo cual podría haber sido el motivo por el cual ella prefiere que ninguno de los integrantes de la familia estuviese enterado de dichos episodios, incluso se podría pensar que quizás en el afán de demostrar la gravedad de su malestar, termina consumiendo quitaesmalte.

Por último, incluimos la lectura que realiza la terapeuta en relación a la familia de la paciente respecto del lugar que ésta ocupa dentro del sistema y el modo en que se posiciona para el resto de los miembros quienes consideran que es la chiquita de todos y no se explican el porqué de los síntomas debido a que la ven como la nena que los entretiene. La paciente relata lo siguiente: *“es hermosa mi familia, yo vine después de 10 años, mi mamá me tuvo a los 39, entonces yo vine después de 10 años, totalmente de sorpresa (...)”*. Esto nos llevaría a pensar que el hecho de ser la

menor, haber nacido luego de muchos años y ser la única mujer, podría imposibilitar a los integrantes del sistema, a verla como la hija/hermana adolescente y dejar de considerarla la “hijita” o “hermanita”.

Percepción de la paciente sobre las relaciones en el sistema.

Resulta importante incluir este eje de análisis ya que permite ahondar en el conocimiento tanto de la paciente como de las relaciones dentro de su sistema familiar. En primer lugar, es posible considerar en términos generales el modo en que Daiana percibe a la familia en su totalidad, cuando se le pregunta sobre ello expresa: *“Es hermosa mi familia (...)”*. A partir de esto será posible indagar las modalidades de interacción familiar que constituyen la estructura del sistema.

La paciente remite a que la crianza de ella fue mucho más compleja para sus padres que la del resto de sus hermanos, la siguiente expresión de cuenta de esto: *“mis hermanos son todos varones y era una época totalmente distinta entonces como que les costó un montón criarme a mí y más ahora, capaz cuando era más chica no (...)”*. Con respecto al modo en que Daiana considera que sus padres la perciben expresa lo siguiente: *“(...) y cuando era más chicas era el orgullo, porque era abanderada, me fui a Buenos Aires por un concurso para viajar al mundial y todo alto orgullo y en la adolescencia se arruinó todo, era un desastre entonces como que les costó mucho y entender de cómo es ahora las cosas que ya no son como antes, que no es lo mismo para los varones”*. Además, es posible tomar de la entrevista la siguiente expresión que da cuenta del modo en que la paciente percibe lo relacional: [la relación de sus padres] *“están juntos hace mucho, nunca vi una pelea de ellos, nunca tuve problemas familiares de nada asique es re linda mi familia”*.

En relación a la familia, Andolfi y Mascellani (2012) la caracterizan como un sistema activo que se autogobierna a través de reglas que se han desarrollado y modificado en el tiempo; éstas, a su vez, permitirán a los miembros vivenciar lo que está permitido y lo que no en las relaciones. En cierto momento de la entrevista, refiere a que en su familia no había espacio para hablar de las emociones, este aspecto daría cuenta de las reglas dentro del sistema, cuando se le pregunta sobre

esto expresa: *“si era verdad, porque nunca se tocaban eso temas”*. A partir de esto cabe la posibilidad de preguntarnos si el hecho de que no hubiera peleas y problemas dentro del sistema, en realidad no estaría ligado a que existen ciertas cuestiones o aspectos personales que se mantienen silenciados y de los cuales no se habla, es decir, hablar de los sentimientos o emociones formaría parte de lo no permitido en las relaciones.

Si nos centramos en la percepción que tiene la paciente sobre la relación con su mamá, es posible pensar que, si bien la considera como una persona rígida y quizás autoritaria que dificulta su tránsito por la adolescencia y proceso de individuación, también, es en quien más confía del sistema familiar y es la integrante que más presente está en sus relatos. La adolescente la define como la única persona que podía llevarla al psicólogo: *“mi papá trabaja todo el día y nada, ella era la única”*. Sin embargo, no descarta el vínculo conflictivo que comparten sobre todo en cuanto a la conducta invasiva de Diana, una expresión que nos permiten dar cuenta de esta modalidad relacional es la siguiente: *“mi mamá siempre tuvo el problema de que quería saber el porqué, yo le decía por eso quiero ir al psicólogo para contarle a esa persona y mi mamá siempre es muy metida entonces yo a veces le chamuyaba cosas como para que me deje ir”*.

Por último, será importante destacar como percibe y vivencia ella misma el hecho de ser la hermana menor, cuando se le pregunta sobre esto responde: *“es lindo, pero por ejemplo el tema del novio, pobrecito lo querían matar pero a la vez, el único que lo quería era Francisco, el más chico, porque hablaron desde un principio desde que no éramos nada y cuando cortamos le chocó un montón y lo defendió a él ósea, pero desde chiquita “si traes un novio lo vamos a matar” y que se yo, mi papá es más tímido en ese sentido, no me decía nada, entonces ese es el tema de ser como la mujercita más chiquita. Mis hermanos nunca trajeron una novia a los 15, entonces yo era como más distinta”*. Se podría pensar en cierta ambivalencia dentro del relato ya que por un lado lo describe como “lindo”, sin considerar las desventajas que conlleva ocupar esa posición y por otro, comienza en relatar la carga que implica este lugar que el sistema le asigna y tiende a compararse con el resto de sus hermanos mayores y varones, es decir, podríamos identificar en este punto la existencia de una dificultad en el sistema familiar para verla como alguien distinto, como si ella por sí misma no pudiera constituir una identidad propia y diferenciada, y debiera continuar con las mismas reglas y patrones de crianza que el resto del subsistema fraterno. Esto nos llevaría a

hipotetizar que, quizás no sólo los padres son quienes obstaculizan el proceso de individuación de la paciente, sino también el resto de los miembros del sistema.

8.2.1.4 FUNCIÓN DEL SÍNTOMA.

En primer lugar, resulta fundamental considerar de qué modo el sistema familiar coloca a la adolescente en el lugar de paciente identificada. Para esto se plantea la posibilidad de pensar en términos de ciclo sintomático. Micucci (2005) establece que un ciclo sintomático incluye a todo el sistema, es por ello que, tras el episodio de internación, la totalidad de los miembros de la familia se ven alertados, sin embargo, la madre es quien conocía con anterioridad los síntomas que se habían presentado en momentos previos y se encarga de mantener ocultas dichas problemáticas. Cuando esto sucede, comienzan a descuidarse el resto de las relaciones familiares, las cuales inician un proceso de deterioro. Es posible observar esto en la siguiente cita: *“mi mamá se guardaba todo, se callaba todo y eso a mis hermanos les re molesto”*. A medida que esto va sucediendo, la adolescente experimenta el sentimiento de no ser comprendida por los integrantes de su familia lo cual alimenta una sensación de aislamiento que se hace cada vez mayor. Cuanto más su madre se centra en la conducta sintomática, más tenderán a considerar a Daiana como el problema, se incrementa el sentimiento de incomprensión y exclusión del sistema, generándose una intensificación del síntoma.

El hecho de que la adolescente sea vista como el problema del sistema nos da indicios sobre el lugar que ocupa dentro del mismo y la función que cumple: tiene a su cargo hacer notar que algo en el sistema no estaba funcionando, al menos para su desarrollo. De acuerdo con Bravo Caravajal (2010) el portador del síntoma del sistema familiar, acepta la designación de paciente identificado que la familia le otorga y, a través de sus síntomas, también refleja la disfunción de la familia como un todo. A lo largo de la entrevista individual la paciente comenta que el sistema funcionó de manera armónica hasta hace un par de años, en relación a esto expresa lo siguiente: *“en la*

adolescencia se arruinó todo, era un desastre". A partir de ello, es posible identificar que no solo es el sistema familiar el que la empuja a posicionarse como "la del problema", sino que ella también asume ese lugar y pasa a identificarse a sí misma como "el desastre" de la familia. Además, este funcionamiento cumple con otros intereses dentro del sistema ya que, al centrarse la totalidad de sus miembros en la adolescente como paciente identificada, se desvían otras conflictivas entre sus miembros. Aquí, el síntoma estaría cumpliendo otra función, como hipótesis de esto podría pensarse que Daiana, al ser la portadora del síntoma y consolidar un vínculo tan fuerte con la madre, podría haber facilitado que sus hermanos varones hayan podido individualizarse de forma más autónoma, ya que, de este modo, Diana, estaba muy pendiente de la adolescente, dejándole mayor libertad al resto de sus hijos.

De acuerdo con Miccuci (2005), el ciclo sintomático se repite debido a que las problemáticas son abordadas siempre del mismo modo. Considerando a este sistema, es posible pensar que, a lo largo del tiempo, el tratamiento que han recibido ciertas conflictivas relacionadas a la paciente ha sido su ocultamiento y la minimización de problemas, como ejemplo puede tomarse la siguiente expresión: *"me dijo mi hermano que una vez me vio la pierna como unas rayitas y que él después se sintió culpable con esto, de no haberme dicho nada porque él se dio cuenta que no eran estrías"*. Es decir, el sistema ha utilizado repetidamente los mismos patrones rígidos para la resolución de problemas, los cuales no han sido funcionales debido a que sus integrantes ponen en marcha una y otra vez las mismas facetas de cada uno. Se produce así la repetición del ciclo sintomático sin posibilidad de ruptura. En esta dirección deberá abordarse el trabajo terapéutico familiar, identificando qué estrategia sería más adecuada para quebrar el ciclo y que el sistema pueda naturalizar un nuevo funcionamiento.

Desde la perspectiva de la terapeuta de familia, se pueden identificar dos características de este sistema: su importante fuerza para negar conflictos y la presencia de padres sumamente rígidos. Es posible visualizar esto en diferentes momentos de la entrevista familiar, por ejemplo, cuando Felipe expresa, en relación a los cortes, lo siguiente: *"cuando uno dice corte se imagina un chorro de sangre"*; *"esas rayas no eran cortes"*. Aquí vemos un padre que no solo minimiza el síntoma de su hija, sino también niega que exista algún tipo de problemática en torno a ello. A partir de esto, se reafirma lo que planteábamos en apartados anteriores en relación a la dificultad de los miembros del sistema para relacionar su modalidad relacional e interaccional con la

sintomatología individual de Daiana. Esto nos lleva a pensar en la dificultad que posee el sistema para reconocer ciertas disfuncionalidades, es por ello que, la paciente a través del síntoma logra comunicarse y comunicar algo y a su vez influir al resto de los miembros con esta conducta.

Arbeláez Naranjo (2017) entiende que, si bien el síntoma es portado por uno de los miembros del sistema, se apunta al tejido relacional como generador y, por ende, el resto de los miembros han co-creado y son responsables de ese síntoma. De este modo nos enfrentamos a la idea de que, en cierto modo, la paciente elige participar activamente del síntoma, ya que éste permitiría desviar otros conflictos evitando que éstos puedan quedar en evidencia y deban ser abordados por la totalidad del sistema. Dentro de las problemáticas desviadas a través del síntoma de la paciente designada podrían considerarse la constante tensión entre Daiana y su madre y el ocultamiento, por parte de esta última, de las autoflagelaciones y vómitos de su hija, que finalmente salen a la luz en la primera entrevista de familia dejando al resto de los miembros asombrados por la presencia de estos síntomas, pero no demasiado movilizados por el ocultamiento de los mismos debido que este encubrimiento de problemáticas es una característica común del sistema.

Es importante agregar que se trata de un sistema familiar muy presente y colaborativo, respecto de la entrevista de familia la paciente afirma: *“me sorprendió al ver a toda la familia ya que todos trabajan en ese horario”*, por su parte, la madre expresa: *“vinimos a acompañar a ella, aunque ha sido difícil por el trabajo, estábamos más que preocupados como familia”*. A pesar de no poder comprender la asociación entre sus conductas y la sintomatología de la adolescente (durante el comienzo de la internación), se mostraron dispuestos a ayudar, contener y acompañar el tratamiento.

Luego de identificar diferentes focos de conflicto, concluimos que la problemática estaría relacionada fundamentalmente con el subsistema parental y sus dificultades para relacionarse con su hija adolescente como una persona diferente al resto de los hijos varones, sobre todo en la negociación de límites. Daiana, en repetidas oportunidades afirma que sus padres, a diferencia de lo sucedido con sus hermanos, habían presentado dificultades en su crianza principalmente luego del ingreso a la etapa adolescente, incluso, el terapeuta de la paciente, reafirma que los límites parentales serían disfuncionales y poco claros, es posible agregar un extracto de la entrevista de alta llevada a cabo por el psicólogo tratante dentro de la clínica con la madre de la paciente, que da cuenta de la dificultad de Diana para demarcar límites claros a su hija menor (obtenido del registro

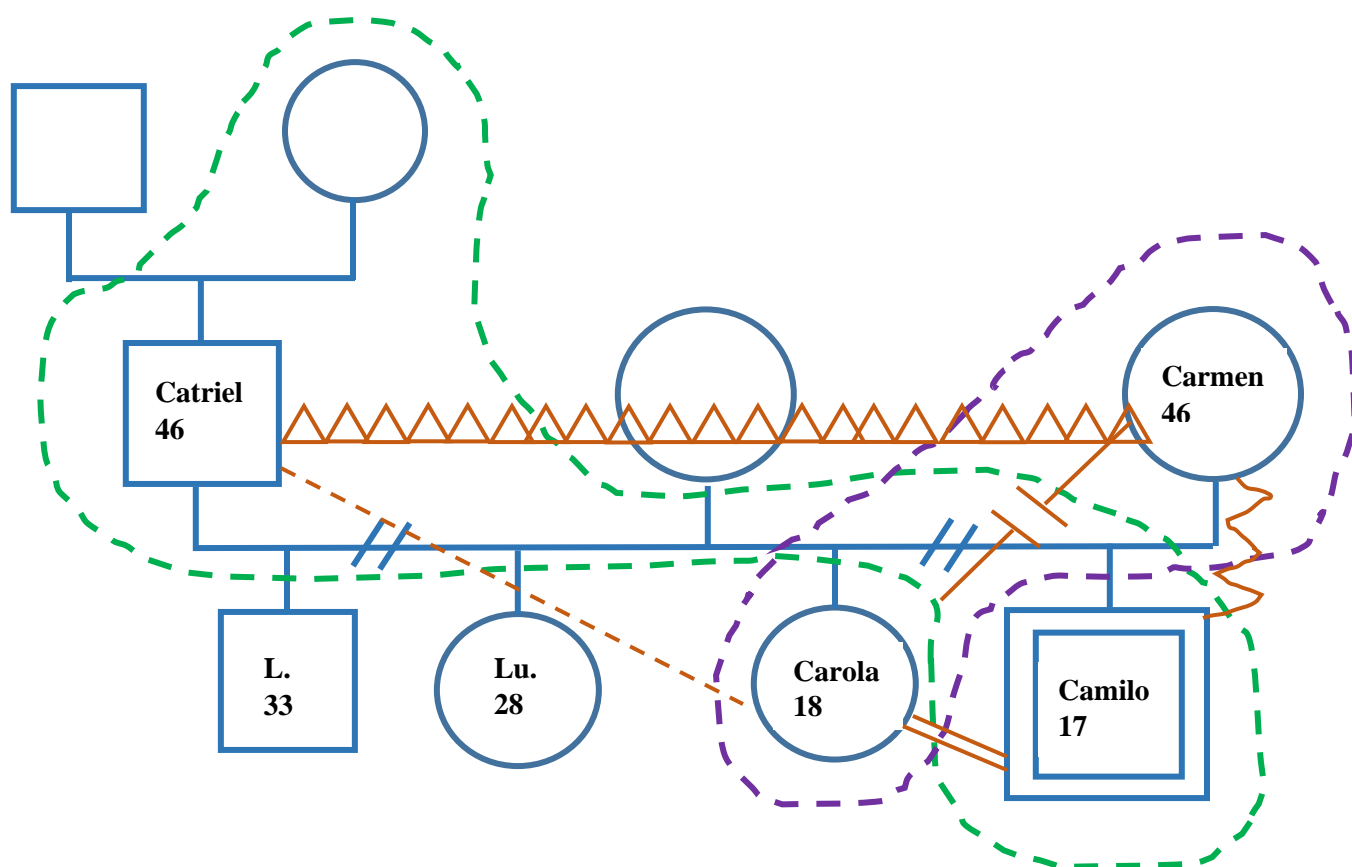
diario): [la madre] *“pregunta sobre la reinserción social, planteando que ese mismo día [que se iba de alta] ella [Daiana] tenía un cumpleaños y que recomendación daba si podía ir o no , el psicólogo dice que aquí entraría el criterio parental y que “es importante que puedas poner firmeza aunque no rigidez”, ya que cuando Daiana confronta con la madre esta se desarma completamente a diferencia de la presencia materna que tuvieron el resto de sus hermanos”*. Por otro lado, en la entrevista de familia, Diana, comenta que tuvo que empezar terapia para relacionarse con su hija: *“(…) yo también empecé la psicóloga para que me ayude a manejar esta situación y me indique un profesional acorde”*.

El hecho de que la paciente se haya aferrado tanto al discurso de la psiquiatra: *“yo iba a una psiquiatra y ella me dijo que además de atención yo necesitaba contención y la busque así”*, nos podría llevar a pensar que lo que Daiana toma por contención en realidad sería reconocimiento de sus necesidades como adolescente, por ejemplo, el hecho de juntarse con amigos o tener privacidad en una conversación con éstos (cuestiones en las que Diana se mostraba intrusiva). En esta búsqueda de individuación, la paciente, apunta a flexibilizar del discurso rígido de los padres (principalmente la madre) revelándose frente a diferentes cuestiones, intentando herirlos o hacerlos sentir culpables, lo hace a través de conductas desafiantes por ejemplo, la madre comenta que hubo un episodio en el que la adolescente se opone ante ella diciendo: *“Yo sé lo que voy a hacer, “no voy a ir al colegio” y yo le dije “si vas a ir”, y en tono desafiante me decía tenés miedo que me tiré abajo de un auto”*; en otra oportunidad expresa: *“cuando ella se pone mal me decía que se odiaba, me dijo cosas horribles que me hicieron muy mal. También entendí que como hija dije cosas dolorosas a mi madre”*. Cuando se le pregunta a la paciente que situaciones la hacían poner ansiosa que luego derivaban en los cortes, responde: *“cosas con mi mamá”*. También es posible identificar, en la entrevista individual, que la adolescente refiere que su madre quería conocer estrictamente los motivos por los que pedía asistir a terapia, es decir que cuestiones iba a tratar con ella, lo cual fue sentido como demasiado intrusivo para Daiana, ante este sentimiento aparecen nuevamente las conductas desafiantes.

En síntesis, a partir de lo detallado anteriormente sería posible pensar que, el episodio de consumo de quitaestamalte se presenta como una conducta que busca desafiar tanto a la rigidez del sistema como algunas reglas familiares (como la imposibilidad de hablar sobre emociones) y, en cierto punto, influir también a su ex pareja con quien había discutido días anteriores. En este

sentido, podría decirse que tanto los síntomas acontecidos a lo largo del tiempo como el episodio que desemboca en la internación, cumplirían la función de búsqueda de reconocimiento como una persona que atraviesa una compleja etapa del desarrollo, con sentimientos asociados y necesidades fisiológicas, mentales, emocionales, afectivas y relacionales específicas.

8.2.2 CASO 2: CAMILO.

Genograma.

8.2.2.1 HISTORIA DEL SINTOMA

Niñez e infancia: situaciones de violencia familiar.

*“para mi venía todo mal desde que nací yo”;
“antes de la separación le pegaba a mi vieja”; “me sentía impotente, porque sos un pendejo de 4 años y tratás de separarlos y te pegan una cachetada y te dejan contra la pared no podés hacer nada...”*

Año 2014: comienzo de las visitas.

Edad: 12 años

“Después yo decido ir a la visita, ahí empezó a desgranarse la relación con mi mamá al punto que tuve que irme de la casa y me voy por primera vez con mi hermana”

Año 2010: separación de los padres.

Edad: 8 años

Vive con su madre y hermana. Clima familiar armónico.

Años posteriores: periodos alternados de convivencia con la madre y el padre.

Edad: hasta los 16 años.

“hago pin pon hasta que el año pasado vuelvo [a la casa de la madre] y le dije que me quería ir porque peleábamos”; “tenía depresión y pensaba en el suicido, pero no tenía ninguna idea más seria de matarme”

Año 2019: inicio de pensamientos suicidas.

Edad: 17 años.

“de repente vi que me pasaba en mi vida diaria, como que estaba bien y de repente sentía algo que me hacía mal y no le daba bola, no le daba bola, hasta que eso como que me hacía estallar y entraba como en una especie de crisis, me quería matar y me quería matar”

“(...) este año yo le dije a los chicos que tenía la idea porque estaba pensando en serio tipo... pensaba cosas que antes no pensaba, calcular los horarios de mi viejo, cuando está en la casa o cuando no”.

Meses previos a la internación: suicidio del amigo y consumo excesivo de drogas.

Edad: 17 años.

“Empecé a salir más seguido, quería salir y tomar y tomar, buscaba cualquier cosa, alcohol, merca hasta que no me acordaba de nada”.

Motivo de internación: consumo de pastillas y lavandina.

8.2.2.2 ESTRUCTURA FAMILIAR.

Subsistemas (límites y fronteras).

Minuchin (1974) plantea que un sistema familiar se diferencia y desempeña funciones a través de sus subsistemas. Es posible identificar diferentes subsistemas dentro del sistema del que Camilo forma parte, a su vez, cada individuo que pertenece a un subsistema posee diferentes niveles de poder y aprende habilidades diferenciadas.

En primer lugar, tomando la perspectiva de la terapeuta de familia a cargo del caso, consideramos, en primer lugar, un subsistema paterno- filial compuesto por el padre y el paciente designado. Cuando se le pregunta al adolescente acerca de cómo describiría a su padre expresa: “*“Uff... como... mi viejo me hace acordar a mí, porque pareciera que tuvo la misma vida que yo, pero de la forma que lo tomó no fue la mejor, él no se... guarda mucho rencor hacia todo el mundo y tipo todos los problemas”*”. Sin embargo, en cuanto a la relación entre ambos dice: “*La relación con mi papá la describiría como... buena, pero tiene sus asperezas o roces, es muchísimo mejor que la relación con mi mamá, pero (...) te deja que tengas tu opinión distinta, a pesar de que a veces le cueste aceptar un conflicto, pero es mucho mejor, por eso me fui a vivir con él”*”. Teniendo en cuenta esta expresión en la que Camilo otorga importancia a que se respete su opinión, se puede hipotetizar que para él es muy importante el reconocimiento de sus ideas, necesidades y deseos e incluso, aquel miembro que logra reconocerlo como tal, pasa a ser su aliado.

En este subsistema es complejo pensar en el tipo de límites que predomina. Por un lado, se observa cierta alianza entre ambos, que parece propiciar una coalición, lo que denotaría límites muy permeables, pero al mismo tiempo se observa mucha independencia o desligamiento en la relación, que podría hablar de cierta rigidez en los límites, lo cual haría que la información no circule o bien, la comunicación no sea funcional. En relación a esto el padre expresa: “*Camilo es muy cerrado, escucha, pero no se expresa”*”. Además, se podría identificar la existencia de un padre ausente debido a que trabaja muchas horas en el día y comparte poco tiempo con el adolescente. En relación a esto Camilo lo acepta, reconoce y expresa que: “*siempre fue así*” y agrega: “*yo me*

quiero manejar solo”. Es posible añadir que, esta falta de presencia de rol paterno, repercute en la fecha de alta médica del paciente, debido a que el padre pasa poco tiempo en la casa y no habría quien lo acompañe; esto se puede observar en el siguiente extracto del registro diario: [Licenciado]: *“tu padre se ofreció a llevarte con él, sin embargo hay algunas cuestiones para trabajar, primero que trabaja mucho y por lo tanto estarías mucho tiempo solo”* ; termina diciendo: *“no puedo darte el alta si no se si tu papá es de confiar o no”*. Además, otra cuestión que podríamos visibilizar como dificultosa en la comunicación y daría cuenta de esta ausencia entre ambos es que, por ejemplo, el paciente durante algún tiempo estuvo consumiendo sustancias y su padre no lo había notado.

En segundo lugar, se encuentra el subsistema fraterno compuesto por el paciente y su hermana Carola. Este subsistema, sea quizás, el más importante en la vida del adolescente debido a que correspondería a la relación más sana que puede mantener dentro del sistema familiar más amplio. Por este motivo, a lo largo de la internación se ha trabajado sobre este vínculo, por ejemplo, en la entrevista de pre- alta, el licenciado le aclara: *“que siga teniendo vínculo con su hermana ya que es el vínculo más sano que tiene”*. Resulta complejo determinar el rol que cumple en este subsistema debido a que, cuando el paciente afirma que Carola es como su madre, expresando: *“yo la amo y es como mi mamá la siento más mi mamá a ella”*; podríamos pensar que su hermana cumpliría la función materna y, por lo tanto, se trataría de una situación de parentalización. Sin embargo, este lugar que Camilo le otorga en su relato, sería afectivo ya que algunos acontecimientos no parecen reflejar esta parentalización, sino por el contrario hablaríamos de pura comunicación y afecto entre hermanos. En relación a esto, el adolescente refiere: *“Con ella pasábamos todo el día juntos y todas las malas situaciones juntos y ella todo el tiempo conmigo era como mi mamá y la quiero mucho”*, aquí sería posible pensar en límites claros, donde cada uno está cumpliendo y desarrollando sus funciones como hermano. Se puede visibilizar una modalidad relacional unida, en este sentido Carola era el único miembro del sistema familiar que conocía la situación de Camilo: *“sabía que estaba mal hace mucho... no me sorprendió”*, por su parte el paciente expresa: *“es como todo... como mi mundo, daría mi vida por ella la quiero una banda”*.

Por último, de acuerdo con la terapeuta de familia, nos encontramos con dos subsistemas individuales, uno formado por la madre que funciona en cierta medida aislada incluso del subsistema fraterno ya que sus hijos saben poco de su vida privada, en la entrevista de familia expresa: *“ya le debe haber dicho el psicólogo que el padre tiene restricción conmigo, por eso ellos*

nunca supieron demasiado donde trabajo o a qué hora para que no me encontrara, sabían que trabajaba pero no donde, me cuida porque me seguía a donde trabajaba y sino en las visitas a ellos les preguntaba". Y otro subsistema individual compuesto por la hermana, que no lograba armar un subsistema parento- filial con la mamá y funcionaba sola.

Desde la teoría sistémica se plantea la posibilidad de pensar en una relación entre los tipos de límites en el interior del sistema familiar y el tipo de familia existente. A partir de esto es posible pensar en, de acuerdo con Minuchin (1974), una familia más bien cercana a un funcionamiento desligado (aunque no estrictamente debido a que pueden observarse alianzas y coaliciones intergeneracionales). El autor establece que las mismas se caracterizan por límites internos rígidos de forma que comparten muy pocas cosas y, por lo tanto, tienen muy poco en común. Es posible ejemplificar esto a través de algunas expresiones: [Catriel] *"La relación con la madre es imposible y no creo que vaya a mejorar. Es una persona muy autoritaria, muy arbitraria, y que tendría que estar ella acá, porque no la entiendo"*. También, carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia y de la capacidad de interdependencia y de requerir ayuda cuando la necesitan. Aquí se puede citar lo siguiente (en palabras del paciente): *"Yo creo que... prefiero morirme antes que llamar a mi mamá... porque no confío en ella no tengo contacto, no le cuento mi vida, a mi papá tampoco"*.

Además, señala que las familias ubicadas en uno de esos polos estarían en áreas de posible patología, ambos tipos de relación pueden provocar problemas familiares debido a que los estresores ambientales que afectan a uno de los miembros de la familia no atraviesan estos límites rígidos y se mantienen solo en el subsistema individual. Sólo un alto nivel de estrés individual puede repercutir con la suficiente intensidad como para activar los sistemas de apoyo de la familia, esto podría verse en el episodio de internación donde ambos padres se disponen a contener y acompañar, aunque de forma individual y no como subsistema parental, incluso la madre le pide que no intervenga.

Jerarquía.

De acuerdo con Soria Trujando (2010) “la jerarquía se refiere al miembro que ostenta el poder en la familia, es decir, al que establece reglas, las hace obedecer, toma decisiones individuales y grupales, etcétera” (p. 92). Si bien a lo largo del relato del paciente se podría considerar que la jerarquía se encuentra del lado de la madre, resulta importante no confundir el verdadero ejercicio de la autoridad, con el intento reiterado de imponer constantemente sus ideales sin reconocer al otro como tal, lo cual sucedería en este caso y puede verse en la siguiente expresión: “*mi mamá cualquier pensamiento distinto al de ella tipo de censura, te cancela*”. Otras actitudes que relata Camilo donde la madre intenta imponer su pensamiento dañándolo, es la siguiente: “*pongamos un ejemplo, el tema del pañuelo del aborto, si yo caigo a la casa se arma un escándalo y no sé qué cosa y nos deja encerrados en la casa sin salir, sin contacto, sin celular*”, esta rigidez cognitiva podría tratarse de cierta identidad familiar que la madre intenta preservar en términos de ideología única. Carmen, asumiendo este rol, buscaría mantener al sistema volcado hacia un funcionamiento poco flexible, aunque sin éxito, ya que es posible identificar, por ejemplo, que sus hijos iban a visitar cada vez más al padre e incluso se mudaron con él, a pesar de que esto fuera vivido por ella como una traición, es decir, Camilo y Carola pudieron ir más allá de sus decisiones e imposición de reglas. Esto se puede ejemplificar con la siguiente fase: “*ahí si me dejo manipular por los chicos porque querían ir con el padre “quiero, quiero” empecé a decir bueno 1 hora más, yo abrí esa brecha y mientras más se habría más problemas había*”.

Alianzas, coaliciones y triangulaciones.

Generalmente se considera a estos términos muy emparentados ya que refieren a uniones y separaciones entre los miembros del sistema familiar. En relación a las alianzas, coaliciones o triangulaciones dentro de esta familia, es posible identificar una alianza entre los dos hermanos. Para dar cuenta de la misma, es posible citar la siguiente frase del paciente: “*Con ella pasábamos*

todo el día juntos y todas las malas situaciones juntos y ella todo el tiempo conmigo era como mi mamá y la quiero mucho”, y agrega: *“ella siempre me bancó en todo porque yo era re moquero y no sé si me mandaba un moco me cubría, me ayudaba y me aconsejaba cosas que me hacían bien (...)”*; podría pensarse que, de esta alianza, surge una coalición entre los hermanos en contra de ambos padres debido a las dificultades relacionales que ellos mantenían, en torno a esto Carola expresa: *“Trataban de no ponernos al medio y era todo el tiempo los dos nos hablaban cosas de otro”*. Es decir, los miembros del subsistema fraterno logran aliarse para mantener cierta distancia respecto de los problemas conyugales que atraviesan sus padres y de este modo sostener su relación unida a pesar de que cada uno convive con un progenitor diferente.

También se puede visibilizar una coalición intergeneracional entre el padre y Camilo en contra de la mamá. Gonzalez Valles (2005) plantea que, aquellas coaliciones en las que dos miembros se enfrentan a un tercero, se denominan triangulaciones. En relación a esto es posible identificar que ambos miembros de la coalición poseen una opinión similar respecto del tercero, aunque no se podría afirmar que los motivos por los que cada uno se reafirma en contra de Carmen fueran los mismos. Podría pensarse que el paciente se enfrenta a su madre por las conflictivas que surgen luego de las visitas, el sentimiento de culpa que eso le generaba y su imposibilidad de reconocerlo en sus deseos, decisiones y pensamiento autónomo; por su lado, Catriel posee motivos vinculados a la relación de pareja y los inconvenientes judiciales suscitados luego de la separación y refiere respecto de Carmen: *“es una persona muy autoritaria, muy arbitraria, y que tendría que estar ella acá (...)”*, y agrega: *“tuve que mover cielo, mar y tierra para volver a verlos”, “si fuera por ella yo tendría que estar a 4 metros bajo tierra y ella sería feliz, no es el mismo sentimiento que yo tengo hacia ella porque sé que es su madre”*. Por su parte el paciente expresa que su madre rechaza y censura cualquier pensamiento diferente al propio: *“es una persona que te ama, pero te hace daño... tipo busca quererte y amarte, pero en la forma que lo hace no es de darte amor, sino que te termina dañando”*.

Desde la perspectiva de la terapeuta de familia, se puede agregar que la mamá hacia mucha fuerza por coligar con los hijos en contra del padre, en la entrevista de familia expresa: *“me separo en 2010 en situaciones caóticas con cambio de casa y ahí no hay más visita del padre no busca a los chicos y yo tampoco quise, busqué crear algo más sano por la situación de violencia”*; a partir de esto podemos identificar como intenta alejar a los hijos del padre evitando la relación paterna: *“sentí que los quería sobreproteger para que no vean cosas que había vivido yo”*. Otra expresión

que apoya esta idea surge cuando Camilo confronta a su madre diciendo: *“tus traumas de que no querías que nos veamos con papá hacías un escándalo o después de la visita ponías cualquier excusa “si no hacés esto no vas a la visita”. Nos hacías sentir mal”*, por su parte Carola expresa: *“coincido lo de Camilo, antes y después de la visita era un calvario”*. Hacia el final de la entrevista la terapeuta pregunta si están dispuestos a continuar con el trabajo terapéutico y la madre responde: *“yo obvio quiero, soy la madre y los amo”*, buscando nuevamente reafirmar su vínculo con los hijos y quizás, mostrarse como la progenitora que mejor cumple su rol en la parentalidad, sin embargo, la licenciada aclara: *“hay que realizar cambios Carmen”*.

Por último, Carola, no deja armar una coalición intergeneracional con su mamá y rigidiza mucho su límite en el subsistema individual justamente para evitar ser interferida, debido a que, si esto sucediera, probablemente se rompería la alianza con su hermano quien coliga en contra de Carmen. En cuanto a su relación con su mamá expresa: *“volví con mi mamá, tampoco era súper feliz, pero preferí eso”*; y de su padre: *“no estaba tranquila que este con papá, no estoy de acuerdo con cómo se maneja con nosotros o nos cría”*. Estas expresiones también apoyan la idea de pensarla funcionando como un subsistema individual.

Lealtades invisibles.

Un aspecto importante a considerar en este caso es el análisis de las lealtades invisibles, concepto planteado por Boszormenyi-Nagy (1973/2003). A partir de la lectura de los registros es posible identificar una clara ruptura en la homeostasis del sistema madre, Camilo y Carola cuando comienza a implementarse el régimen de visita. Carmen se ve obligada a tramitar esto a pedido del colegio, expresa: *“me dicen que no había hecho ningún papel ni nada, por la ley. Sabía que, si yo voy, van a empezar las visitas y los problemas, la escuela me apuraba con el papel”*. En relación a esto, el paciente afirma: *“al principio la mejor de las relaciones yo la amaba a mi vieja y ella me quería un montón también a mi... después se rompió completamente y ahora estamos como tratando de repararla”*, ante esto se le pregunta cuándo considera que se rompió su relación, y responde: *“cuando volvimos a la visita a ver a mi papá, porque por un montón de tiempo no lo*

vimos... mi mamá cambia completamente, todo el tiempo... eso hizo que la relación se rompa toda y eso hizo que yo me fuera de casa”.

Tal como plantean Francica y Sosa (2019), estas lealtades incluyen como componente fundamental el compromiso con los miembros el sistema, como así también, las expectativas, es decir, qué se espera de ellos. En este caso podría pensarse que, Carmen, por el hecho de haber atravesado situaciones de violencia conyugal y sus hijos haber sido testigos, espera que actúen con lealtad hacia ella evitando el contacto con su padre. Este compromiso de lealtad es lo que permitirá el mantenimiento del grupo. Retomando los registros diarios es posible cotejar que, el paciente, deja de ver a su padre a los ocho años y vuelve a tomar contacto con él entre los doce y trece, ante esto expresa: *“mi mamá dice que la traicionamos, primero mi hermana lo vio a mi papá y después yo, cuando iba de visita y volvía hacia todo un escándalo por ejemplo por un plato por lavar”.* Resulta interesante destacar que este aspecto sería uno de los pocos en los que todos los miembros del sistema coinciden: el caos comienza luego del régimen de visita: [Camilo] *“después yo decido ir a la visita, ahí empezó a desgranarse la relación con mi mamá al punto que tuve que irme de la casa y me voy por primera vez con mi hermana”.* Por su parte, Carola coincide con este discurso y afirma: *“muy caótico. Después de la visita mucho más la relación estaba todo mal, la mía con mi mamá y con mi papá más o menos”.* Carmen, también coincide y expresa: *“el vínculo con él [Camilo] fue excelente hasta la visita”.*

Por otro lado, este juego de lealtades familiares es sentido como un deber por parte de cada miembro y por lo tanto su incumplimiento implica el surgimiento de sentimientos de culpa que varían en su intensidad de acuerdo a cada integrante del sistema. Esto es lo que lleva al adolescente a experimentar sentimientos de malestar expresando a lo largo de las entrevistas lo siguiente: *“mi depresión iba por el lado de que yo le hago mal a todo el mundo, y entonces es como que cada vez pensaba que me tenía que alejar más para no hacerle daño a nadie, al punto que dije si me mato ya no le hago más daño a nadie”.* A partir de esto podemos pensar que el paciente se encontraba en una especie de encrucijada entre el deber hacia su madre y su deseo de relacionarse con su padre. Es decir, al habilitarse las visitas estaba rompiendo la lealtad con Carmen y por esto surge el sentimiento de dañar a los demás, por la culpa que le generaba, y comenta: *“pasamos situaciones donde... no se... siento que le hago mal o las cosa que les digo les hacen mal o cosas que hago yo y les hacen mal a ellos... y capaz no... algunas veces no les hace mal, pero yo lo siento así”.* Frente a esta situación, podemos identificar que, el paciente, afirma que su padre sería más abierto a ciertas

conductas y el hecho de hacerlas estando en el hogar paterno desencadenaba una serie de conflictos con su madre quien se angustiaba demasiado haciendo que Camilo experimentara sentimientos de culpa. En la entrevista expresa: *“cuando por ejemplo quiero... por ejemplo me gusta pintarme las uñas y bueno nada... caer a casa con las uñas pintadas a mi vieja no le gustaban esas cosas si entrabamos a discutir y discutimos y mi mamá se va y seguía llorando”*. También el padre reconoce esto y agrega: *“algunas veces Camilo pedía ver a su madre y lo llevaba y cuando llegaba por ejemplo con un arito era un desastre”*. Por su lado, la madre expresa: *“hay caos antes y después, sentí que se me iba de las manos lo de protegerlos para que no vean y aparecen nuevas conductas y silencios”* y agrega: *“cuando empezó la visita empieza la falta de respeto de ellos y el cambio de conducta, los profesores se quejaban, se quedan de año”*.

El cumplimiento de las obligaciones de lealtad es lo que permite el funcionamiento del sistema, mientras que la ruptura de la misma lleva a un quiebre en al homeostasis que estaba regulada por este sistema de culpas. Francica y Sosa (2019) establecen que existen circunstancias en las que el compromiso de lealtad se vuelve conflictivo, tal como sucede en este caso que el adolescente se encuentra atrapado entre las lealtades opuestas hacia sus progenitores. El malestar generado por encontrarse en esta encrucijada entre ambos padres termina manifestándose a través de la conducta suicida. En la entrevista de familia el paciente llama “traumas” a esta negativa de la madre a que sus hijos se relacionen con su papá. Cuando la terapeuta pregunta en que momento fue que comenzó la tensión entre Camilo y su madre, éste responde: *“ahí se empezó a caer la relación entre nosotros dos [en referencia a las visitas], después todo por ejemplo cosas de la personalidad mía por ejemplo pintarse las uñas”*.

8.2.2.3 OTRAS DIMENSIONES DE ANÁLISIS.

Análisis desde una perspectiva evolutiva.

Se torna complejo realizar un análisis desde la perspectiva del ciclo vital en este sistema familiar, para llevarlo a cabo será necesario flexibilizar la división de las etapas. De acuerdo con

Haley (1980), es posible situar el divorcio de la pareja entre las etapas de Nacimiento de los hijos y la de Dificultades en el período intermedio del matrimonio, aquí el autor plantea que, si bien, con la llegada de los hijos las pautas de convivencia se desestabilizan, el período más común de crisis es cuando los hijos comienzan la escolaridad, las disputas intergeneracionales dentro de una familia suelen hacerse evidentes recién cuando el chico alcanza la edad en que debiera involucrarse en la comunidad externa a la familia (Haley, 1980).

La separación y posterior divorcio de Carmen y Catriel ocurre en situaciones caóticas como consecuencia de la acusación de violencia familiar y de género que realiza la mujer y posterior restricción, en relación a esto en la entrevista de familia, la mujer afirma: [respecto del padre] *“es un manipulador, tiene habilidad, yo fui víctima [de violencia] hice un trabajo de hormiga diciendo que no es para tanto; yo los metí ahí creyendo que no era para tanto. Al principio no podía ni hablar de esto”*. Dicha separación se da durante el período intermedio del matrimonio momento en el cual aparecen nuevas dificultades y, de acuerdo con Haley (1980), una pareja que se mantuvo unida durante muchos años puede terminar en la separación. En este caso particular resulta fundamental citar lo que el autor plantea en torno al surgimiento de las conflictivas conyugales durante esta etapa, “a veces hay una acumulación de conducta problemática, como la bebida o la violencia, que supera el punto de tolerancia. Uno o ambos esposos pueden sentir que para que la vida sea menos miserable, deben producir la ruptura ahora antes de envejecer más” (Haley, 1980, p. 51), esto se adaptaría al caso que se está analizando debido a que Carmen es quien decide dar por finalizado el matrimonio argumentando una larga historia de violencia y maltrato.

Dentro de este eje de análisis resulta fundamental incluir una mirada evolutiva específicamente del paciente, para ello será importante ubicarlo dentro del estadio evolutivo correspondiente; Camilo es un adolescente de 17 años, de acuerdo con Micucci (2005) estaría dentro de la denominada última adolescencia (17 a 19 años), la cual se caracteriza por la transición que implica la finalización de la escuela secundaria y la consolidación de una identidad. Es posible identificar cómo estas cuestiones eran un tema de preocupación para el paciente, en una entrevista cuando se le pregunta qué fue lo que le sucedió, expresa: *“me empecé a sentir mal cuando salía empezaba a pensar cosas y me sentía mal, fue evolucionando, al principio pensaba que mi papá quería que siga la facultad y yo no tengo motivación de quien quiero ser”*. También, durante este tiempo se consolida la identidad sexual, en torno a esto es posible visualizar que la bisexualidad de Camilo no fue bien acogida por su madre: *“por ejemplo, ponía la pierna así y me decía pone la*

pierna como hombre, porque yo le dije que era bisexual y ella me dijo que me entendía y después me dijo que era una etapa se me iba a pasar". Hacia el final de la internación es posible ver cómo logra reconstruir su identidad, cuando se le pregunta sobre qué cambios haría luego de la internación, responde: *"cambios en mi vida... quiero tener más proyectos, no tenía proyectos no tenía nada... hacer algún deporte, algo que me distraiga"*.

De acuerdo con Andolfi y Mascellani (2012), un aspecto fundamental en la adolescencia es la posibilidad de diferenciación respecto de sus padres. Sin dudas, para el paciente, esto resulta ser un punto muy fuerte en su tránsito evolutivo. En repetidas oportunidades relata situaciones o realidades propias que no son reconocidas por parte de sus padres, siguiendo con el ejemplo anterior relacionado a su elección sexual, refiere lo siguiente: *"si yo le digo soy bisexual después vienen y me dicen vos sos un gay de [...], en una discusión... es un ejemplo no es que haya pasado, esas cosas como que después te dicen algo y por eso no les cuento mis cosas y además que no están de acuerdo conmigo y si les dijera no me dejarían hacerlas, pintarme las uñas o cosas así"*. En este caso, se dificulta el reconocimiento del sí mismo como una persona autónoma ya que sus deseos y necesidades no son bien recibidos por sus padres, especialmente por Carmen. Esta no aceptación es uno de los motivos que lo lleva a expresar su deseo de alejarse de ellos y expresa: *"pienso que me puedo manejar un toque solo, pero de distinta forma"*; ante esto el licenciado que lo estaba entrevistando le responde: *"no hay forma que te manejes solo, olvidate la fantasía de vivir solo a los 18, estás internado, te quisiste matar, consumiste todo tipo de drogas, estás en situación de vulnerabilidad"*.

Si bien esta búsqueda de diferenciación respecto de los padres es propia de la etapa que se encuentra atravesando, la separación debería darse sin perder totalmente la conexión, sino estableciendo un tipo de relación más igualitaria (Ochoa de Alda, 1995). El paciente afirma en algunas oportunidades que la mejor forma de relacionarse con sus padres sería manteniéndose alejado de ellos, buscando separarse o desligarse definitivamente de los progenitores. Esto puede vincularse a lo que Murray Bowen denomina corte emocional, es decir, Camilo sería el miembro del sistema que ha absorbido toda la ansiedad lo cual ha derivado en la aparición del síntoma, el cut-off es el mecanismo que encuentra para resolver esa ansiedad que le generan los problemas que aún no ha resuelto con su familia de origen, en este caso fundamentalmente con sus padres. Si bien esto podría darle cierto alivio de la situación no resolvería la conflictiva real debido a que, si las mismas no se enfrentan, podría repetir este mismo patrón en nuevas relaciones que forme.

Percepción familiar sobre el paciente.

Respecto de la percepción que los miembros del sistema familiar tenían sobre el estado del paciente designado, es posible incluir, en primer lugar, lo que expresa su padre con quien estuvo viviendo durante el último tiempo, de la entrevista con el mismo se puede extraer el siguiente recorte del registro diario: [Catriel] *“en relación a este año comenta que venía bien, aunque algunas veces se escapaba del hogar y no volvía”*. Andolfi y Mascellani (2012) plantean que el adolescente deprimido suele presentar actitudes antisociales como hostilidad, agresividad y conductas temerarias, desafío a las normas y a la autoridad. En relación a esto y siguiendo con el relato del padre expresa: *“con respecto al amigo que se suicidó, desde ahí no se recuperó, estaba depresivo, mal, cerrado en sí mismo, tuve miedo que le pasara lo mismo”*, y comenta: *“empezó de nuevo con el consumo de drogas”*. El autor agrega que, todo ello hace que la depresión sea más difícil de reconocer para los padres, maestros u otros profesionales. Para ejemplificar el modo en que Catriel percibe a su hijo es posible citar como lo describe en la entrevista de pre- alta llevada a cabo por el licenciado: *“no se confíe tanto de él ya que es muy inteligente y eso le permite acomodar la situación a su conveniencia, por lo que puede decir que está bien y en realidad no lo está”*, *“le va a hacer escuchar lo que usted quiere escuchar”*.

Con respecto a cómo percibe su madre, es posible basarse en lo que expresa en la entrevista de familia durante la cual se lo puede ver al paciente muy confrontativo con Carmen, ella desmiente el hecho de que sus hijos no hayan vivenciado situaciones de violencia entre Catriel y su ex mujer cuando se mudaron con éste: *“en algunas cosas estoy de acuerdo volviendo a que se desarma la familia, pero a partir de ahí no coincido con Camilo porque en realidad él miente o cambia la versión y la acomoda, en el acto de proteger la violencia hacia la mujer, digo que miente porque no ha visto y si ha visto, incluso se desquitaba con vos”* [se refiere al tiempo que vivió con su papá y la mujer de él].

Podríamos pensar en la presencia de una coincidencia en la percepción que ambos progenitores tienen sobre su hijo en cuanto a su capacidad para “trangiversar” o “acomodar” situaciones de acuerdo a los propios intereses, en este punto cabe preguntarse en que otros argumentos estarían basándose ambos para realizar estas afirmaciones, y si realmente esto es lo que sucede con el paciente o que beneficio obtienen ambas partes al realizar esta consideración.

Retomando el discurso de Carmen refiere a lo siguiente: [con respecto a Camilo] *“el vínculo con él fue excelente hasta la visita”*; sin embargo, existe una dificultad para reconocer porqué el vínculo con su hijo se rompe en este momento y expresa: *“(...) Camilo se fue también porque yo le ponía muchos límites”*, es decir, Carmen interpreta que únicamente la rigidez en la crianza es lo que hizo que Camilo decida irse del hogar, de este modo evita responsabilizarse de otras conflictivas relacionales a las que alude su hijo, quien refiere que su madre también posee culpas respecto de esta disfuncionalidad familiar y expresa: *“él [Catriel] tiene un par de culpas en los problemas que tenemos, pero no tiene toda la culpa y es lo que mi mamá no entiende”*. En cuanto a su relación con Catriel agrega: *“es un manipulador, tiene habilidad, yo fui víctima hice un trabajo de hormiga diciendo que no es para tanto (...)”*. Cuando se le pregunta al paciente sobre cómo se sentiría Carmen si su papá se fuera expresa: *“sería lo mejor que le pasó en la vida porque piensa que todos estos problemas que tenemos son por él”*.

Por último, es posible incluir la mirada de la hermana quien constituye para Camilo un importante vínculo, motivo por el cual en el trabajo terapéutico se insiste con la continuidad de dicha relación, en este sentido Carola expresa: *“sabía que estaba mal hace mucho... no me sorprendió”*. En cuanto a su percepción respecto de los modos relacionales del resto de los miembros del sistema expresa: *“yo pienso que se fue a vivir con papá para disminuir el caos entre ellos, todo el tiempo una discusión, pensé que estaba bien que se vaya, pero no estaba tranquila que esté con papá, no estoy de acuerdo con cómo se maneja con nosotros o nos cría”*. A partir de esta relación cercana, la adolescente refiere saber que su hermano no estaba pasando un buen momento y también consideraba la existencia de cierto riesgo para su salud.

Percepción del paciente acerca de las relaciones en el sistema.

Para hacer referencia a este eje será importante recortar de las diferentes entrevistas lo que expresa Camilo en relación a los miembros del sistema. En este sentido, cuando se le pregunta al paciente sobre su familia remite inmediatamente a la siguiente respuesta: *“[respecto de los padres] Tienen como problemas... onda... como que ninguno... su relación nunca termino... siguen las peleas, siguen discutiendo y teniendo conflictos”*.

El paciente refiere en repetidas entrevistas que no confía en sus padres, lo cual estaría relacionado con el hecho de que en aquellas oportunidades en las que buscó contención en ellos no la encontró. Respecto de esto el paciente expresa: *“Yo creo que... prefiero morirme antes que llamar a mi mamá... porque no confío en ella no tengo contacto, no le cuento mi vida, a mi papá tampoco”*. Siguiendo en esta línea, Camilo afirma: *“Si se hubieran comportado como adultos habría menos problemas”*. Es posible seguir ejemplificando esta ausencia de confianza por parte del paciente cuando el licenciado le pregunta si había podido hablar con alguien sobre la carga emocional que representaba el suicidio de su amigo y comenta que su papá le dijo que, su amigo, había sido muy irresponsable en suicidarse: *“me empezó a picar la cabeza y dijo pavadas no lo escuche más”*, respecto de su mamá directamente decide no contarle: *“no confío en ella”*, se le pregunta por qué y responde: *“por todas las cosas que pasaron cuando fui creciendo”*. Cuando se le pregunta qué espera de ambos progenitores luego de la internación responde: [de su madre] *“yo tengo muchas dudas... dudas no sé si ella va a cambiar o me va a decir que va a cambiar y va a volver a hacer lo mismo de antes”*; en cambio respecto de su papá expresa: *“de mi papá un poco más... cosas buenas”*; *“que... no se... cambie su punto de vista y que reconozca que él es el problema y no todos, que piense que tal vez él también se equivoca y que está todo bien... como que tenga más autocrítica”*.

En torno a esta falta de confianza y comunicación, resulta significativo señalar lo que el adolescente logra expresarle a su madre en el espacio de terapia familiar en relación al comienzo de las visitas: *“tus traumas de que no querías que nos veamos con papá, hacías un escándalo, o después de la visita ponías cualquier excusa si no haces esto no vas a la visita, nos hacías sentir mal”*. Muchos de los intercambios comunicativos y cuestiones planteadas en la terapia no habían existido antes, cuando se le pregunta al paciente que rescata de la entrevista familiar comenta: *“(...) en la terapia familiar dijimos vos tenés culpa en todo esto y quedo pensando”*. Un aspecto que resulta significativo destacar en relación a los vínculos entre Carmen, Carola y el paciente es lo que éste último refiere en la entrevista cuando se le pregunta que pasaría en la relación con su madre si la hermana no estuviera, responde: *“justamente por eso... se haría un poco un caos”*. Aquí sería posible identificar el rol que cumple Carola en el sistema, es decir, cumple la función de armonizar y mediar el vínculo entre los otros dos integrantes.

Por último, tomando la percepción que el paciente posee de sus progenitores, podría pensarse en la presencia de una imagen bastante negativa construida en torno a ellos, sería admisible

preguntarse de donde proviene dicha construcción y de qué modo se fue consolidando y variando a lo largo del tiempo. En relación a esto podemos ver que, dentro de este sistema familiar, existen ciertas transacciones que regulan las conductas de los integrantes, es decir, ciertos modos de funcionar que delimitan el actuar de sus miembros. Por ejemplo, Camilo y Carola describen a su madre como una persona que intenta imponer su ideología y forma de funcionar como al única permitida, mostrándose resistente al ingreso de ciertos pensamientos o conductas diferentes a las suyas, en este sentido, el paciente expresa: *“por eso no les cuento mis cosas y además que no están de acuerdo conmigo y si les dijera no me dejarían hacerlas, pintarme las uñas o cosas así... igual mi papá es más suelto en ese sentido, mi mamá cualquier pensamiento distinto al de ella tipo de censura, te cancela”*. Estas dificultades en la aceptación y reconocimiento son las que llevan al paciente a afirmar: *“La forma más sana que encuentro de tener buena relación con ellos es alejarme lo más que pueda y verlos una vez cada mucho tiempo y esperar a que se mueran”*.

8.2.2.4 FUNCIÓN DEL SÍNTOMA.

En primer lugar, considerando ciertos antecedentes que el adolescente relata, es posible considerar que, a lo largo del último tiempo, Camilo, había experimentado una serie de síntomas diversos. Durante la primera entrevista con el licenciado comenta que el suicidio del amigo fue uno de los episodios que más le afectó durante las últimas semanas: *“me empecé a juntar con otro tipo de gente”*; *“empecé a salir más seguido, quería salir y tomar y tomar, buscaba cualquier cosa, alcohol, merca hasta que no me acordaba de nada”*. Sin embargo, a medida que fueron transcurriendo los días de internación, logra expresar que no todo se desencadena luego de la muerte de su amigo: *“antes me sentía mal, tenía depresión y pensaba en el suicidio, pero no tenía ninguna idea más seria de matarme, o sea este año yo le dije a los chicos que tenía la idea porque estaba pensando en serio tipo... pensaba cosas que antes no pensaba, calcular los horarios de mi viejo, cuando está en la casa o cuando no”*. Si bien a lo largo de esta descripción se ha focalizado en el subsistema individual del paciente, resulta fundamental considerar de qué modo la teoría sistémica

aborda el síntoma, Bravo Caravajal (2010) establece que el síntoma representa un modo de relación y comunicación del sistema familiar que surge debido a que la familia no ha encontrado otra manera de hacer frente a sus conflictos; es decir, significa que algo no está funcionando de forma adecuada.

En este sentido, es posible pensar a Camilo como el paciente identificado del sistema, es decir, es quien se encarga de manifestar la sintomatología de la familia. Se plantea aquí que, “la familia deposita en él las carencias provocadas por una mala organización, un mal funcionamiento, una mala comunicación, la falta de afecto, la disgregación, el caos y la rigidez” (Bravo Caravajal, 2010, p. 64). Muchas de las conflictivas de la familia derivarían de la ausencia de comunicación y acuerdos entre los progenitores. Resulta importante citar lo que expresa Carola con respecto al funcionamiento del sistema luego de la separación: *“trataban de no ponernos al medio y era todo el tiempo los dos nos hablaban cosas de otro”*. A partir de esto cabe pensar en la existencia de una gran cantidad de problemáticas irresueltas entre Catriel y Carmen tanto como ex pareja conyugal y como padres de dos hijos, ahora adolescentes. Incluso, dentro del espacio de terapia familiar, cuando se le pregunta a la mujer si alguna vez había podido hablar con Catriel responde: *“tuve situaciones críticas”*, la terapeuta continúa intentando indagar sobre la modalidad comunicacional entre ambos y le pregunta si habrían podido dialogar desde el lugar de padres, en torno a esto contesta: *“hablamos pocas veces cosas de los chicos, pero somos el día y la noche. Camilo se fue también porque yo le ponía muchos límites”*.

Sería admisible pensar que los síntomas de Camilo pasarían a ser el modo en que el conflicto conyugal y parental se desvía hacia otro miembro del sistema permitiendo, de este modo, evitar que los padres deban hablar sobre sus propias problemáticas y la comunicación gire en torno a las conflictivas del hijo adolescente, la crianza de ambos hijos y su vínculo como padres y no enemigos. De acuerdo con Bravo Carabajal (2010), este tipo de funcionamiento familiar impide que se den procesos de retroalimentaciones positivas, ya que todo está dado para que se mantenga igual y los padres no asuman sus problemas y no se pueda producir un cambio efectivo ante los conflictos o crisis.

Realizando una lectura completa del caso y tomando la perspectiva de la terapeuta de familia, se arriba a las siguientes presunciones: una pareja conyugal en un conflicto crónico, con un divorcio sumamente caótico que continua en constante lucha. Ninguno de los progenitores, ni la madre ni el padre, pueden ver a los hijos por fuera del conflicto, de modo que, los mismos, se transforman en posibles aliados para sostener la disputa con el otro cónyuge que tiene por objeto el ataque. Así,

es como se sostiene este juego de intentar coligar con los hijos en el conflicto, pero sin poder registrar ninguna necesidad de ellos por fuera de la conflictiva de ambos dos. Tal como plantea Bravo Caravajal (2010), es importante trabajar en la terapia apuntando a un cambio de la relación patógena de la familia. En primer lugar, se promueve el compromiso de la familia para que colabore con el trabajo terapéutico para ampliar la mirada y quitar el foco exclusivamente centrado en el paciente identificado y la familia pueda identificar claramente cuál es el conflicto real.

Por otro lado, resulta importante considerar que el síntoma del adolescente llega a su punto máximo mientras estaba conviviendo con su padre, que es con quien se alía en contra de la madre. Es por esto que existiría la posibilidad de preguntarnos qué conexión podría haber entre el intento de suicidio y la búsqueda de diálogo del paciente con su madre desde el lugar de hijo y no de enemigo, revelando con esto su incomodidad respecto de la posición que ocupa dentro del triángulo. A lo largo de la entrevista familiar es posible identificar una actitud y conducta marcadamente confrontativa entre Camilo y su madre. Muchas de las cuestiones que expresa Carmen son retrucadas por el paciente y lo mismo a la inversa; a modo de ejemplo se puede citar el siguiente extracto, la madre expresa: *“cuando empezó la visita empieza la falta de respeto de ellos y el cambio de conducta, los profesores se quejaban, se quedan de año”*; a lo que Camilo responde: *“no (rotundo y desafiante) me quedé porque no podía entrar”*, luego la mujer le pide que no interrumpa su discurso y la deje hablar pero el paciente expresa: *“no estás diciendo la verdad”*. Frente a estas situaciones la terapeuta nota la tensión que caracteriza a esta relación madre- hijo y pide hablar sobre esto, ambos coinciden que luego de que se establecer régimen de visita comienza esta dificultad relacional y comunicacional, el paciente comenta: *“ahí se empezó a caer la relación entre nosotros dos”*.

Desde la perspectiva de la terapeuta de familia, el paciente, busca que su madre sea convocada, de alguna manera, a cumplir el rol parental junto con Catriel (ya que cuando Camilo convive con su papá mantiene poca comunicación con su madre) y de este modo mantener una relación armoniosa con ambos. En la entrevista individual, cuando se le pregunta sobre su relación con la madre refiere: *“ahora estamos como tratando de repararla...”*, es decir, esta era su expectativa luego de la internación; sin embargo, cuando nota que Carmen toma lo sucedido para seguir peleando en contra del padre, en lugar de poder pensar acerca del lugar de disfunción en el que está puesto el hijo, se refuerza la alianza del adolescente con su papá, es decir, cuando nota que la lectura que hace el sistema en torno a su sintomatología es nuevamente usarlo para potenciar

la guerra vuelve a reforzarse la coalición padre- hijo. En relación a esto, Bravo Caravajal (2010) establece que el miembro que cumple el lugar de paciente identificado se ve en el plano de que, si no ocupan ese rol, la familia puede entrar en un caos y derrumbarse ya que estarían sosteniendo al sistema para que esto no suceda ya sea por el no cumplimiento adecuado de funciones de los padres o porque han aprendido a manipular al sistema desde ese rol para su beneficio.

Por último, respecto de la hipótesis sobre la función del síntoma podría pensarse que, si bien el sistema estaba marchando de un modo que parecía funcional: Carmen y Catriel enfrentados sin comunicación ni dialogo como subsistema parental; Carola conviviendo con la madre, aunque no pudiendo armar un subsistema con ella y el paciente constituyendo una alianza con el padre en contra de la mamá (ambos considerando a la mujer como la razón de todos los conflictos); con la conducta suicida del adolescente se produce una explosión en esta supuesta homeostasis del sistema que desestabiliza este modo de funcionar, dejando en evidencia la verdadera disfuncionalidad del mismo.

En coincidencia con la perspectiva de la terapeuta de familia, podría decirse que, es a través del síntoma que el paciente de alguna manera delata su absoluta incomodidad y disfunción ocupando ese espacio de aliado del padre en contra de su mamá, y devela que él no está bien en esa posición. Es por ello que genera un movimiento al convocar a la madre e intentar (junto con la hermana) demostrarle a Carmen que ella también posee falencias y que, a criterio de ambos, no toda la culpa es de Catriel, sin embargo, este llamado de alerta no termina teniendo éxito ya que no se logra tal aceptación por parte de la madre. Cuando se le pregunta al paciente sobre qué cuestiones puede rescatar de la terapia familiar, expresa que fue bueno el encuentro en este espacio y comenta: *“porque siempre se echaron... en mi familia tipo la pelota... mi mamá “es que tu papá” que se yo y mi papá “porque tu vieja” ... entonces como la culpa es tuya o es tuya y en la terapia familiar dijimos [a la madre] vos tenés culpa en todo esto y quedo pensando”*.

9. CONCLUSIONES

9.CONCLUSIONES.

El proceso de las Practicas Profesionales Supervisadas se presenta como requisito para finalizar la carrera de Licenciatura en Psicología. El tránsito por las mismas me ha permitido un gran enriquecimiento tanto desde lo profesional, pudiendo aplicar y poner en marcha conocimientos adquiridos a lo largo de los años de carrera, y también personal, permitiendo asumir una mirada más amplia que incluya aspectos socioculturales, éticos, psicosociales, etc, también incursionar en nuevos modos de relación e interacción. A través del trabajo de sistematización he podido ir más allá de las lecturas teóricas, abarcando las propias vivencias de los actores, relaciones, situaciones, contextos que, a través del acto interpretativo, han permitido construir algo nuevo utilizando la reflexión crítica (Jara Holliday, 2011).

A partir de la bibliografía consultada y el análisis realizado, podemos establecer como conclusión del presente trabajo que, el tratamiento del adolescente sintomático, es una tarea compleja que requiere del abordaje del sistema familiar en su totalidad y no únicamente del portador, debido a que éste es quien expresa la disfuncionalidad del sistema. Tal como lo establecen los autores, la familia, constituye una integralidad y es por ello que un adecuado funcionamiento de sus interacciones es lo que permitirá mantener la salud (Bravo Carabajal, 2010). Por este motivo, se hace necesario contemplar las modalidades de interacción familiar, como así también sus características y estructura, lo cual puede no ser estable a lo largo del tiempo, sino sufrir modificaciones a partir de ciertos movimientos y cambios que puedan implementar sus miembros.

Es así como, la disfuncionalidad familiar podría considerarse como uno de los factores principales en la aparición del síntoma en la adolescencia. Estas conductas desadaptadas de los pacientes estarían atravesadas tanto por el momento evolutivo que atraviesan, como así también por: pautas de crianza, reglas familiares, conflictos parentales y conyugales, dificultades parentales en el reconocimiento del hijo adolescente, etcétera. Si bien se trata de una etapa tumultosa, se torna fundamental diferenciar desafíos evolutivos normales de aquellos que no lo son (Micucci, 2005). En este sentido, la conducta suicida en la adolescencia se presenta como un intento de demostrar cierto malestar ante el lugar que ocupan o son colocados dentro del sistema, como una búsqueda

de que ocurra algún movimiento, aunque esto implique romper la homeostasis, para dar lugar al cambio y así implementar un nuevo modo de funcionamiento.

En el Caso 1, sería posible considerar que la constitución de la alianza intergeneracional estaría obstaculizando el proceso de individuación de la adolescente a partir de una actitud sobreprotectora y conducta invasiva por parte de la madre que podría derivar de un estilo de crianza considerado el adecuado para el cuidado de la hija mujer. Emparentado a estas dinámicas relacionales y vinculares es que surgen dichas conductas desadaptadas debido a que es el síntoma quien ayudará a modificar cierta disfuncionalidad del sistema, de modo tal que una vez cumplida su función pueda abandonarlo (Pinto Tapia, 2004). Desde esta mirada, se considera elemental identificar ciertas interacciones propias del entramado relacional del sistema familiar y su comunicación para comprender el síntoma no solo desde la subjetividad individual del sujeto que lo porta, sino como una producción del tejido vincular y relacional del sistema, es decir, poder comprender el síntoma dentro del sistema donde apareció (Arbeláez Naranjo, 2017).

A lo largo del trabajo fue necesario abordar con mayor detenimiento aspectos de la estructura familiar, lo cual permitió aportar al análisis de la función del síntoma. A partir de los datos obtenidos se pudo identificar, en estos casos, la presencia de alianzas intergeneracionales y triangulaciones conformadas por el hijo adolescente y uno de los progenitores en contra del otro progenitor, a partir de esto podríamos pensar en la aparición del síntoma como un modo de revelarse ante la incomodidad que les generaba ocupar ese lugar dentro del sistema. Es así como, el adolescente, se convierte en el miembro designado por el sistema para evitar hacerle frente a otros conflictos que lo atraviesan. La etiqueta de paciente identificado como desviación del problema familiar no es un factor que ayude a la persona ya que se encuentra estigmatizado y dificulta la posibilidad de resolver la conflictiva a nivel familiar; además provoca muchas resistencias (Bravo Carabajal, 2010).

En relación al Caso 2, se puede identificar una familia gravemente perturbada. La búsqueda de muerte más certera y segura por parte del adolescente derivaría de la dificultad de ambos progenitores de abandonar los propios conflictos y elaborar un acuerdo de crianza común, cumpliendo así la parentalidad compartida. Con el surgimiento del síntoma del adolescente y la posterior internación, logra convocar a la comunicación de ambos padres y enfrentarlos a sus propias falencias desde este rol. En este sentido, Micucci (2005) afirma que el adolescente

sintomático se convierte en un *punto de conocimiento* para el sistema familiar, ya que, a través de su enfermedad, síntoma, trastorno psicológico o relacional, le permite al sistema reencontrar el sentido del *nosotros* redescubriendo el valor de la solidaridad y del sostén recíproco. En este caso, el intento de suicidio representa un intento desesperado del adolescente por llamar la atención sobre un problema que el sistema familiar ignora en torno a la disfuncionalidad del subsistema parento-filial y parental. Es decir, a través del mismo, el adolescente logra dar a entender que ese modo de funcionamiento mantenido hasta entonces y esa situación familiar, es insostenible y que requiere de una transformación.

Concluimos a partir del presente trabajo de sistematización que, a nivel relacional, el síntoma ejerce también una función positiva debido a que puede ayudar a delimitar con mayor claridad donde focalizar el conflicto relacional y funciona como motor de cambio familiar. Joseph Richman (1979) señaló que “algunas alteraciones de la estructura familiar como los conflictos de rol, desdibujamiento de los límites, las coaliciones y el ocultamiento son factores que contribuyen al suicidio de los adolescentes” (citado en Micucci, 2005, p.175).

Como futuras líneas de investigación considero pertinente ahondar en aspectos relacionados a la presencia de alianzas y triangulaciones intergeneracionales en sistemas familiares con hijos adolescentes y los modos en que esto influye sobre su desarrollo y funcionalidad. Considerar también las dificultades en el reconocimiento del hijo adolescente con sus propios deseos y necesidades, chequeando estilos de crianza poco flexibles y la escasa permeabilidad en los límites.

Por último, se enumeran algunas limitaciones que atraviesan al presente trabajo. Se puede considerar que, debido al reducido periodo de internación, no se ha podido recabar información suficiente lo cual llevó a generar muchas suposiciones a lo largo del análisis que podrían ser certeras o no, a partir de posteriores entrevistas y recolección de datos, fundamentalmente en relación a entrevistas de familia. Otra limitación, derivada de la institución, fue que se trabaja desde el Programa infanto- juvenil con mayor cautela debido a las complejidades de la etapa adolescente, lo cual dificultó, de algún modo, la llegada a los pacientes menores de edad.

10. BIBLIOGRAFÍA.

10. BIBLIOGRAFÍA.

- Andolfi, M. y Mascellani, A. (2012). *Terapia Familiar: un enfoque interaccional*. Buenos Aires: Paidós
- Arbeláez Naranjo, L. P. (noviembre, 2017). El síntoma como metáfora co- creada en el sistema familiar. *Revisat Poiésis* (32), 158-168.
- Arnold, M. y Osori, F. (1998). Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. *Cinta Moebio* 3 pp. 40- 49. M.A. Departamento de Antropología. Universidad de Chile. Recuperado de <file:///D:/Downloads/26455-1-87020-1-10-20130207.pdf>
- Boszormenyi-Nagy (1973/2003). *Lealtades invisibles. Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bravo Caravajal, T.G. (2010). *El chivo expiatorio y la familia: Análisis de la conflictiva familiar por medio del enfoque sistémico en adolescentes entre los 14 y 20 años del “Centro de Orientación Juvenil y de Convenciones LA DOLOROSA”*. Universidad politécnica Selesiana, Ecuador.
- Burijovich, J., Monasterolo N., Herranz M., Fernandez N., Caminada Rossetti M., Yoma S., ... Sosa Y. (2014). Capítulo III: la salud mental en Córdoba: entre la sanción de las leyes y su efectiva concreción. Córdoba: Observatorio en salud mental y derechos humanos. Recuperado de http://www.apm.gov.ar/sites/default/files/CAPITULO%20III%20%20Salud%20mental_0.pdf
- Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La desmanicomialización. Crónica de la reforma del sistema de salud mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Colegio de psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016). Código de ética del Colegio de psicólogos de la provincia de Córdoba. Recuperado de <http://www.cppc.org.ar/wp-content/uploads/2018/05/CODIGO-DE-E%CC%81TICA-2016.pdf>
- Fairlie, A. y Frisancho, D. (1998). Teoría de las interacciones familiares. *IPSI Revista de investigación en psicología*, 1(2), pp. 41- 74. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v01_n2/pdf/a02v1n2.pdf
- Ferrari, G. (2013). *1983 año de la democracia*. Buenos Aires: Planeta.
- Fernández Moya, J. (2006). *En busca de resultados: una introducción a las terapias sistémicas*. Mendoza: Universidad del Aconcagua.
- Francica, P. A., y Sosa, R. A. (2019). Las lealtades familiares y los niños. *Cuadernos Universitarios*, (VI), 45-52. Recuperado de <http://revistas.ucasal.edu.ar/index.php/CU/article/view/83/59>
- González Aguirre, A. (2012). Regreso a la Democracia (1983-1989). En *Tejiendo tramas de la memoria. Aportes a la construcción de la identidad del colectivo de psicólogos de Córdoba (Hasta 1994)* (pp. 169- 196). Córdoba: Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.
- Gonzalez Valles, M. N. (febrero, 2005). La terapia familiar. Avances: Coordinación de Investigación Científica. Universidad Autónoma de ciudad Juárez Instituto de ciencias sociales y administración.
- Guber, R. (2004). *“El salvaje metropolitano”*. Buenos Aires: Paidós.
- Guber, R. (2011). *“La etnografía método, campo y reflexividad”*. 1ª ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu
- Haley, J. (1998). *Terapia familiar y familias en conflicto*. Buenos Aires: Paidós.

Jara Holliday, O. (2011). Orientaciones teórico- prácticas para sistematización de experiencias. Biblioteca electrónica sobre sistematización de experiencias. Recuperado de http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6_JAR_ORI.pdf

Ley N° 7.106. Ley de Disposiciones para el ejercicio de la psicología. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 27 de septiembre de 1984. Recuperado de <https://cppc.org.ar/disposiciones-para-el-ejercicio-de-la-psicologia/>

Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 2 de diciembre, 2010. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001237cnt-2018_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf

Ley N° 9.848. Ley Provincial de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 5 de noviembre, 2010. Recuperado de <http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/85a69a561f9ea43d03257234006a8594/40ed8f3bd4407b42032577d600628328?OpenDocument>

Micucci, J. A. (2005). *El adolescente en la terapia familiar. Como romper con el ciclo del conflicto y el control*. Buenos Aires: Amorrortu.

Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa

Minuchin, S. y Fishman (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.

Montalvo Reyna, J.; Sandler Zack, E.; Amarante Rodríguez, M. P.; Valle Gutiérrez, G. (2005). Comparación del grado de disfuncionalidad en la estructura de familias con y sin paciente identificado. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8(1), 88-106.

Najmanovich, D. (2005). *El juego de los vínculos. Subjetividad y redes: figuras en mutación*. Biblos.

- Ortiz Granja, D. (2008). *Terapia Familiar Sistémica*. Ecuador: Ediciones Abya- Yala. Universidad Politécnica Selesiana.
- Pillcorema Ludizaca, B. E. (2013). *Tipos de familia estructural y la relación con sus límites*. Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Pinto Tapia, B. (agosto, 2004). La psicoterapia relacional sistémica y el psicoterapeuta. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Dpto. de Psicología UCBSP. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612004000200002
- Rodriguez Gonzez M. y Kerr M. E. (2011). Introducción a las aplicaciones de la teoría familiar sistémica de Murray Bowen a la Terapia Familiar y de Pareja. *Cuadernos de Terapia Familiar*. 77, 7-15.
- Saint Michel S.R.L. (Mayo 2019). Recuperado de <http://saintmichelsrl.com.ar/>
- Soria Trujano, R. (2010). Tratamiento sistémico en problema familiares: análisis de caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(3), 87-104.
- Stagnaro, J. (2006). Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina. *FRENIA*, 6, 7-37.
- Yuni, J. y Urbano, C. (2006). *“Técnicas para investigar y formular proyectos de investigación II”*. Córdoba: Brujas.

11. ANEXO.

11.1 CASO 1: DAIANA.

Entrevista de familia en Cámara Gesell.

Son 6 personas, la paciente todavía no llega.

Padre: Felipe es médico y tiene 67 años

Madre: Diana es ama de casa

Martín: tiene 32 años (**M**)

Lautaro: 31 años - trabaja y estudia (**L**)

Tomás: 28 años - era empleado de comercio (**T**)

Francisco: 25 años - trabajó en una fábrica (**F**)

Daiana: 15 años (**D**)

Viven todos juntos.

Lic- cuéntenme porqué vinieron

Madre- vinimos a acompañar a ella, aunque ha sido difícil por el trabajo estábamos más que preocupados como familia.

Lic- ¿cuánto hace que estas acá?

D- 5 días

Lic- ¿por qué ingresaste?

D- por un supuesto intento de suicidio...

Lic- ¿por qué supuesto?

D- porque no iba a pasar, yo iba a una psiquiatra y ella me dijo que además de atención yo necesitaba contención y la busqué así

Lic- ¿es la primera vez que lo haces?

D- el quitaesmalte sí...

Lic- ¿hubo otras cosas?

D- sí

Lic- contame...

D- no se... autoflagelaciones, cortarme o pegarme con la pared

Lic- ¿desde cuándo?

D- desde los 11 años...

Lic- ¿los demás acuerdan con esto?

Madre- estuvo en terapia en dos oportunidades, ella pidió ir a terapia, yo también empecé la psicóloga para que me ayude a manejar esta situación y me indique un profesional acorde

La paciente refiere a que tuvo una mala experiencia con sus psicólogas.

D- yo a mi psicóloga le conté las cosas que hacía y todo bien, pero la otra no nos logramos conectar.

Madre- la última psicóloga que fue ella me decía que dibujaba, la primera fue a los 11 años y la otra a los 14

Madre- ¿cuándo fue que dejaste?

D- en octubre...

Madre- después vino todo lo de la fiesta de 15 años, yo como madre y organizadora de eventos siempre fui el filtro entre lo que quiere la mamá y la hija y ella era “mamá hace como quieras” yo la vi muy tensionada en los últimos días yo veía que se encerraba. El viernes salió y tuvo problemas con un novio o amigo y el día sábado no quiso comer, sábado a la noche entró el hermano y hablaron, se rieron, algo cenó. A la mañana se levantó con pocas ganas, teníamos una reunión familiar y ella quiso quedarse, fuimos todo el día afuera hasta que llegamos y empezó con estas manifestaciones, se encerró, estaba sentada contra la pared y me decía no voy a ir a la psicóloga, nadie me va a ayudar. Yo sé lo que voy a hacer, no voy a ir al colegio y yo le dije si vas a ir, y en tono desafiante me decía tenés miedo que me tire abajo de un auto

Lic- ¿había pasado antes?

Madre- cortes, por ejemplo, el día del book de fotos manoteó la trincheta porque no le gustaba como le había quedado el peinado yo le pegué una cachetada- después salimos que hizo el book y luego no pasó nada

Lic- ¿los demás que piensan?

T- yo no estaba enterado de los cortes...

Padre- no eran cortes, todo sabemos lo que significan ese tipo de cortes...

T- viví el tiempo de EMOS, creo que estaríamos más cerca de eso, no me enteré, tampoco de los problemas alimenticios

Lic- ¿porque no se enteraron?

Madre- Yo trataba que no se magnificara para protegerlos

Padre- y esas rayas no eran cortes...

Madre- él minimiza porque eran marcas, la intención está

Padre- cuando uno dice corte se imagina un chorro de sangre

F- yo a su edad salía mucho con mis amigos, a la tarde siempre andaba y ella se queda encerrada no es que no tiene amigos, cuando está mal se queda en la pieza y no entra nadie.

Lic- ¿cuándo pasa esto?

F- No todos los días, pero se va notando, un sábado quiere salir y a lo mejor estuvo todo el día encerrada y yo la puedo llevar, pero quiere todo ya- organiza todo rápido, que lo necesita ya- está encerrada y después quiere ya

Lic- ¿cuáles son sus horarios?

Padre- todos los días de 8 a 20 horas y después veo algunos pacientes luego entre las 22 o 22.30 a mi casa, los sábados también, los domingos estoy libre las 24 horas

Lic- ¿tienen un momento en familia?

Padre-en la cena y los domingos

Lic- ¿qué te generaban los cortes? ¿cuándo los hacías?

D- me sacaban la ansiedad era una sensación muy rara...

Lic- ¿qué situaciones te ponen ansiosa?

D- cosas con mi mamá o la comida yo teóricamente no lo hago desde mayo, pero antes si cuando tenía 11 o 12 años por la comida, me odiaba

Lic- ¿por problemas con vos?

D- era un castigo, todo el mundo me odiaba y yo también... mis compañeros

Lic.- ¿cómo es la relación entre ustedes?

D- con mis hermanos bien

M- yo me siento con una responsabilidad más, tengo 17 años más que ella y como papá no está en todo el día, me siento responsable, cuando empezó a salir con el noviecito yo la llevaba, le dije si estas con alguien decime si me quiere saludar no tengo problema, ella quería ocultarlo, yo me sentía más responsable

Lic- ¿estás de novia ahora?

D- no

M- no sabíamos que se había peleado...

Madre- yo le pregunté a una amiga y también por recomendación del colegio nos dijeron que no digamos que está acá- que digamos que fue un pico de estrés y está incomunicada sin internet, para protegerla porque los chicos arman historias y lo ven más grave de lo que es, nosotros también- ahora pedimos un informe para la escuela porque no sabemos hasta cuándo va a estar, para que se lo considere.

Padre- también tiene que rendir inglés que es algo muy importante

Madre-. ella quiere rendir el examen y la van a esperar en el instituto.

Lic- ¿estas conductas desafiantes vienen de antes?

Madre- a los hermanos por ahí les contesta mal

L- a mí me trato mal un día y también a mi novia

Madre- cuando ella se pone mal me decía que se odiaba, me dijo cosas horribles que me hicieron muy mal. También entendí que como hija dije cosas dolorosas a mi madre.

Lic- ¿alguien más tiene conductas desafiantes?

Madre- él (a Lautaro)

L- cuando era más chico, pero no a esta edad...

Madre- él es: “si mamá yo lo hago” (a Francisco)

D- la psiquiatra me dijo que necesitaba contención

Lic- ¿qué te está pasando?

D- a mí no me gusta que me abracen o me toquen

Madre- yo por ahí no sé porque ella me dice “nada nada”, se encierra en un caparazón

M- el domingo yo me quedé hablando solo con ella, no sabía si había tomado o no, le dije que yo también tenía problemas y que había que buscar ayuda por otro lado, y me dijo todas las personas somos distintas- dice que quiere contar pero que no sean familiares, yo no sabía del problema alimenticio- yo quiero saber si hay algo más

Lic- preguntaselo...

M- ¿qué hay que no nos decías a nosotros?

D- no quería que supieran de los cortes porque me daba vergüenza, no me gusta contar eso y menos a mi familia

Lic- pero decís que lo haces porque necesitas contención...

Padre- ahora con todo lo que paso ¿no crees que ya se cayeron las barreras y podés hablar más directamente? lo digo como algo positivo para que puedas contar, verlo como positivo para que la cosa cambie todo lo que creías que no podías contar- para que esto que acaba de suceder cada uno aporta su granito de arena- te acordás que te dije: la familia es la célula de la sociedad y es lo más importante

Lic- ¿qué contención necesitas?

D- que no me griten, cuando yo les digo que no me griten, no me griten porque me pone mal en serio, vos me decís es mi tono de voz, pero no es tu tono (al padre)

T- cuando te hablamos algunas veces hasta necesitamos más o menos agarrarte de los hombros para que escuches y tenés una paleta de hermanos para preguntarnos a todos lo que quieras

L- y la confianza sea lo que sea, contarlo y no encerrarte porque buscas contención, pero te cerras

Madre- mamá siempre está ahí, quizás no soy la mejor persona... yo trataba que nadie sepa para proteger y yo estaba siempre dividiendo las aguas

Lic- y no funcionó...

Madre- obvio que no

Padre- quería ver la situación, lo veo positivo a esto, de esta reunión. Esto va a ser peldaño tras peldaño para volver a la familia

Lic- todos le dice a ella que cuente con ustedes, pero ¿cómo se pueden acercar ustedes a ella? Tiene que ser otra forma distinta porque esta no les dio resultado. No debe ser fácil ser la más chica y encima única mujer

M- capaz al ser mujer hay cosas que no quiere contar

L- cuando yo tuve más llegada con ella fue por mi novia y fue lindo porque no tenía esa confianza y hablamos un montón de cosas además por la barrera generacional. Sí nos damos el espacio, la invitamos a que suba y que no se encierre- muchas veces no sabemos cuál es la barrera entre darle un espacio y dejarla sola

F- ella está mal y hace chistes por ahí le decimos algo y esta con la cabeza en otro lado, te quiero preguntar si a vos ¿no te importa lo que te decimos? porque haces chistes...

D- si me importa, antes si me sentía sola a los 11 o 12 años, ahora no

Lic- ¿ustedes que piensan?

F- yo creo que se siente sola

L- no está haciendo lo que ella quiere, tendría que hacer una actividad que la llene

Madre- le preguntamos querés hacer natación o tal cosa y nada...

L- yo creía que por ahí ella quiere algo- su sueño es conocer París y ahora se va con mis padres y no la veo muy entusiasmada

F- ¿vos sentís que con las personas que estás más tiempo no podés hablar?

D- yo con mis amigos hablo lo que sea

Madre- yo cuando me enteré que se metía los dedos para vomitar no lo podía creer, ella me mostraba mensajes de una amiga que lo hacía y estaba preocupada, la aconsejaba para que no lo haga más

D- y yo lo hacía al mismo tiempo (la mira desafiante)

L- algunas veces yo veía que ella se enojaba demás, no entiendo eso que decía que estaba mal y lo hacía

La madre comenta que ella se había comunicado con la mamá de la otra chica para contarle y ésta comenzó un psicólogo.

Madre- y yo me enteré el otro día y que llegó a vomitar sangre

Padre- ¿pero eso lo superaste ya o no?

D- si

M- a partir de ahora si tenés un problema ¿contás con nosotros?

M- yo a los chicos los vi borrachos a la mañana y lo hablé con ellos pasé situaciones distintas con cada uno, tus hermanos no son perfectos, yo tampoco y tu papá, aunque parece, tampoco lo es

Intentan exponer a la paciente para que muestre las marcas de los cortes “te vas a sentir más liberada” le dice la madre.

Lic- a lo mejor no alcanzan las buenas intenciones. Habrá cosas que tienen que pensar como familia los modos de relación, hay algo claro y por otro lado hay dificultad para entender, ella te estaba mostrando cosas con los mensajes de un modo que no fue clara, pero ustedes tampoco pudieron verlo- es importante que se pregunten todos un poquito

Padre- cuando vuelva a lo cotidiano vamos viendo todos el día a día, ella misma había cosa que no me había enterado, pero conozco sus reacciones.

Entrevista de seguimiento en el internado.

Fecha: 18/09/19

Se entrevista a la paciente, comienza diciendo que quiere hablar de los permisos. El licenciado le dice que primero se conversará sobre las cuestiones que tienen que ver con la internación y luego sobre permisos: *“Me quiero ir de permiso, me quiero ir de alta”*.

Accede y dice que se siente bien: *“ayer estuvo mi mamá hablamos un montón y me hizo bien”*. Se le pregunta sobre la entrevista de familia y cuenta: *“me sorprendí al ver a toda la familia ya que todos trabajan en ese horario”*.

El terapeuta le dice: *“hablemos sobre que usted se quería matar, ¿que tiene para decir?”*, responde: *“No me quería matar, quería dormir con quitaesmalte (hace un gesto de risa) fue para llamar la atención, pensé que era como tomar lavandina sabía que en el hospital iba a terminar, me mojé los labios y me ardió era horrible y dije ni loca”*. El licenciado continúa diciendo: *“su mamá me dijo que apenas entraba a la pieza la botella era lo primero que se veía”*, la paciente comenta: *“No quería que se enteren, después les dije”*; *“mi psiquiatra me dijo que necesitaba contención”*. Se le pregunta sobre este “tópico”

Respecto de la terapia de familia dice: *“explotó todo, lo de los cortes, todo, lo de los vómitos”*,

“Mi papá siempre minimizó todo lo que me pasaba, mi mamá dice que era porque no quería ver la gravedad, lo negaba era como un escudo” - *“en mi casa nunca se habló de las emociones, hasta ahora”*.

Nadie sabía lo que le sucedía a la paciente excepto la madre: *“sabían que iba al psicólogo, pero no el porqué, no sé si todos sabían”*. El licenciado le pregunta: *“¿porque ibas?”*, responde: *“hubo dos momentos muy distintos, la primera vez a los 11 años por los cortes, por bullying en el colegio que me afectaba mucho, el segundo porque me odiaba y me quería morir”*.

“A mi papá le cayó la ficha, él decía “son cortesitos”, cuando vino a verme el sábado del riesgo del lugar que estaba”, comenta la siguiente situación: *“una vez tuvo que coser a una chica por un corte y por primera vez lloró y yo sabía que era por mí”*.

Licenciado: *“¿podrías ser vos la que necesita emergencia? ¿a tu mamá que ficha le cayó?”*

Daiana: *“Varias, más que nada de los problemas que tengo, mi mamá no entendía que yo quería ayudar a una chica que vomitaba y lo hacía al mismo tiempo”*

Licenciado: “¿y a vos?”, la paciente responde: *“sabes que ficha me cayó del apoyo de mi familia y mis amigos” “mis hermanos me dijeron que sea más abierta que confíe más en ellos y como primer paso que le mostrara los cortes en los brazos”*.

Se acuerda permiso para el día domingo.

Entrevista individual.

Fecha: 24/09/19

V: Entrevistador.

P: Paciente

V: ¿Cuándo entraste?

P: entré, creo que era el 9, si era el 9 a la 1 de mañana

V: o sea que el lunes hizo 15 días

P: claro

V: ¿Estuviste de permiso?

P: sí

V: contame ¿cómo te fue?

P: si el domingo, nada más que le habían dicho a mi hermano que era a la una que me tenía que buscar y era a las 12 y eso le habían dicho a mi hermano. Morí de la ansiedad, no podía más no quiera estar ni un segundo más acá y no sabía porque no me venían a buscar, me buscaron y me dejaron una hora más.

V: ¿qué hermano fue?

P: tengo cuatro hermanos, me había venido a visitar el sábado y él preguntó y le habían dicho que era a la una.

V: ¿Cómo te fue? ¿Qué hicieron?

P: fuimos a comer pastas, yo comí fideos con crema, con queso, con todo porque acá no te dan eso entonces quería eso y me comí eso. Después fui y me compré un libro, estuvimos hasta que mi papá y mamá se tuvieron que ir, estaba mi otro hermano con la novia, mi otro hermano, mi otro hermano con la novia y mi otro hermano estaba con la novia en Bs As. entonces ese no pudo ir. Y

después nos fuimos los que quedábamos que era mi hermano más grande, el del medio y la novia, nos fuimos a ver IT 2 al cine y comimos nachos con queso

V: te sacaste las ganas de comer cosas ricas

P: Si, me las saqué y después me volví porque terminó la película a las 18:50 y yo tenía que estar acá a las 19 hs y llegue 19:20 hs.

V: y cómo volviste, ¿tranquila?

P: si contenta, tranquila, igual cuando salí estaba tan ansiosa que me agarró un tal ataque que lloré todo el camino, lloré todo el auto hasta que llegamos al shopping porque me había puesto re mal

V: ¿Qué pensabas?

P: que, nada, no quería estar más ahí, entonces me quería ir y me había puesto mal porque no me venían a buscar

V: por eso ¿en qué pensabas que no te venían a buscar?

P: y digo nada se equivocaron de horario o les paso algo, no se

V: y ahí empiezan los pensamientos

P: claro

V: ¿y ahora tenés permiso?

P: no sé, porque yo a la psiquiatra la veo hoy y todavía no me dijeron nada, pero me dijeron que entre semana tengo permiso

V: Y del alta ¿hablaron algo?

P: me dijeron que el lunes que viene capaz, pero yo la quiero antes pero no se sabe todavía

V: bueno, ¿quierés contarme un poco de lo motivos de la internación?

P: si, me agarró una crisis y yo en mis crisis no quiero estar, no es que me quiero morir, ósea si lo he pensado muchas veces pero siempre me quería dormir con algo, con pastillas, nunca tomé pastillas porque la primera vez no encontré, después quería ver qué pastillas bien porque yo soy anémica pero no funcionaron, después me entere que podés quedar mal, y como que me dio miedo y bueno en esa crisis del domingo yo agarré y bueno, le empecé a pegar a las paredes muchas veces, me golpeaba la cabeza contra la pared, me quedó todo la mano morada y bueno agarre y vi un quitaesmalte, lo único que tenía en pieza era un quitaesmalte, estaba destapado y dije bueno esto me va a hacer llegar al hospital, yo digo no me voy a morir por tomar quitaesmalte, no me voy a morir, pero algo de atención voy a tener y bueno, tomé un traguito y me quemó mucho, pasó eso y después llegó mi mamá y se lo dije, me escondió el quitaesmalte. Pasaron un montón de cosas, dijeron que iban a venir unos psiquiatras a mi casa, pero al final no, entonces me llevaron al Morra y no me atendieron por guardia porque era menor de 17 años y llegué acá

V: ¿y qué pensás que desencadenó este episodio?

P: una larga historia con mi ex novio, yo corté con él, porque yo estaba mal, estaba mal mentalmente, emocionalmente, todo. Entonces después tuvimos como una pelea después de haber cortado habían pasado como dos semanas y me di cuenta que yo hice un montón de cosas que hice mal y a él le hicieron mal y me sentía tan mal por eso, me sentía tan mal por saber que la culpa era mía, yo lo había perdido digamos, porque era porque yo estaba mal, que me sentí tan mal que quise dejar de estar, yo me quería ir, no quería estar un segundo más consciente

V: ¿y cuál era la intención?

P: yyy, llegar al hospital o dormirme, no sé

V: me querés contar un poco como era la relación con tu novio

P: era hermosa, íbamos a cumplir 4 meses, pero yo le corté antes, era hermoso, nos amábamos un montón, lo sigo amando yo, él me dijo que ya no más, pero eso también me causó un montón de cosas por todo lo que le hice

V: ¿Qué le hiciste?

P: yo después de cortar como estaba tan, cortamos un jueves, ya era viernes, ese viernes había una joda y yo no fui porque tenía una despedida de soltera y yo no fui y él se puso re borracho, fumó, no sé, se enteró todo el mundo, yo no le había dicho a nadie que habíamos cortado y se enteró todo el mundo que habíamos cortado, se quiso tirar a otra mina, yo tan caliente que estaba, estaba tan enojada con él, que el sábado fui a la casa de un chabón que no conocía pero como estaba cerca de mi casa y me comí a esa chabón, me lo chapé, no lo sabía nadie porque eran chicos de otro colegio y no había nadie que le pudiera contar a él pero yo se lo conté después, se lo conté en esa discusión porque habíamos quedado en volver y habíamos quedado re bien pero después con esa pelea y un montón de cosas que pasaron, yo le conté por pava nomás y bueno obviamente se enojó un montón porque a él lo tenían como la basura, el que hacía sufrir, lo tenían como re mal y en realidad no eran tan así las cosas entonces por ejemplo él hizo todo eso fumado con porro y alcohol y ni siquiera se chapo a nadie y yo totalmente sobria, si lo hice entonces eso es como que me carcomía la mente

V: te sentiste culpable...

P: claro y bueno eso desencadenó todo, pero era una relación hermosa, muy hermosa

V: ¿Por qué decís que fue por vos, porque vos no estabas bien? ¿A que le llamas que vos no estabas bien?

P: yo, por ejemplo, estaba como que dependía mucho de él, todo el tiempo estaba buscándolo y no sé, a veces no nos podíamos juntar y yo me ponía re mal y también era con todo, yo pensaba en todo el mundo y no en mi misma y eso me hacía re mal. Por ejemplo, una vez yo me dormí para ir a verlo jugar, juega al futbol, que pasó el chabón metió un gol de chilena y blabla que se yo y todo el mundo me decía “ay porque no fuiste a ver a tu novio, metió un golazo” y no sé qué. Yo me sentía tan mal en el momento que agarré y me corté, hacía tres años que no me cortaba

V: ¿Cuándo fue esto?

P: hace como un mes y tengo todavía un poquito las marcas, yo decía que no eran cortes, pero si eran cortes, fue con una tijera, pero me sentí tan mal, tan insuficiente, tan mala novia por no haber ido a verlo

V: ¿te sentiste vos o te hacían sentir los otros?

P: yo, porque cuando me desperté fui prendí la ducha, me metí adentro y nadie me había dicho nada todavía y bueno, ni siquiera sabía que había metido un gol, yo me sentía mal e hice eso. Y él me dijo sabes que pasa, todo esto se fue de las manos cuando vos te cortaste por eso

V: ah él se enteró que te habías cortado

P: claro, yo le dije porque ese mismo día nos vimos, pero si es verdad se había ido todo de las manos porque yo ya estaba re mal

V: ¿Cómo fue la internación? ¿vos quisiste internarte?

P: no, yo no quería para nada igual mi mamá tomó una buena decisión porque a pesar de todo esto fue lo mejor porque sé que si no hubiera sido esto, hubiera ido a un psicólogo mediocre y nada más, no hubiera pasado nada pero yo no quería internarme por el tema de la gimnasiada que es una fiesta que se hacía en el colegio entonces todos bailan, hay una coreo, había pagado todo y me la perdí y era re feo perderte eso porque es como lo que se espera todo el año, porque es la fiesta de la primavera, día del estudiante y no quería perderme eso. Y al principio pensaba que capaz me daban el alta unos días antes, re ilusa, porque no era menos de una semana, yo le decía a mi mamá, no por favor, la gimnasiada, no, no y ese día me sacan el celular y yo sin música me muero le decía y al final si decidió internarme

V: tu mamá decidió ¿ella sola?

P: sí, porque dijo que sino después capaz que me tenían que traer en una ambulancia y era verdad porque no sé qué podía llegar a hacer después si me agarraba otras crisis

V: y ahora ¿lo ves como una buena decisión?

P: en el momento no lo veía como una buena decisión, lo veía como algo horrible, es más cuando me quedé acá esperando que me traigan las sábanas me largué a llorar, me había dado cuenta de toda la gravedad de esto y bueno. Pero ahora si lo veo bien, pero ya me quiero ir porque ya está, ya llega un punto que no encuentro nada más para hacer, ya me aburro, pero sí, fue buena decisión...

V: ¿Cómo fue todo el tránsito de la internación? ¿Cómo te fuiste sintiendo con los días?

P: bien porque me hice muchas amigas acá, me llevo bien con casi todos, aparte la psiquiatra es re buena, volví a leer, eso es algo muy bueno porque me había dicho una psicóloga que yo no leía, y antes leía un montón, quiero ser escritora y me había dicho que yo no podía leer porque tenía una depresión tan grande que ni siquiera hacía lo que más me gustaba que era, ni siquiera escribía, no leía, no nada y acá volví a leer, me trajeron unos libros y como que me pude concentrar y ahora como que me comí tres libros, ahora me compré otro, eso me ayudo un montón porque era algo que quería un montón

V: ¿vos lo ves así? ¿que no hacías nada que te gustara?

P: sí, no hacía nada, me encerraba todo el día

V: de los tratamientos previos que tuviste a la internación ¿Cuántos?

P: sí, a los 11 años fui a la psicóloga porque me hacían Bullying en el colegio y también me cortaba, vomitaba y todo eso, y la psicóloga no me ayudó en nada, yo le conté y seguí con los cortes, seguí vomitando y no comiendo, la psicóloga esa no me ayudó en nada, absolutamente en nada

V: ¿Cuánto tiempo fuiste?

P: fui tan poco para todos los problemas que tenía, fui ponele dos meses la primera vez y después me corté muy fuerte, se lo mostré a mi mamá que me llevó de nuevo y fui un mes nomas, fueron cuatro sesiones

V: ¿tu mamá que opinaba de esto? de estos tratamientos cortos

P: y como que se dio cuenta que eran demasiados cortos para la cantidad de problemas que yo tenía, porque yo después con el tiempo me di cuenta que eso tenía que haber sido un montón más porque yo era muy chica y hacía cosas que me podía haber arruinado la vida si yo seguía vomitando porque estaba en pleno crecimiento y la psicóloga no hizo nada. Después a los 14 volví a otra, volví porque yo me odiaba, no me gustaba mi personalidad, no quería entrar en crisis porque no me cortaba ni nada y volví y estuve 8 meses, yo con esa psicóloga no me pude conectar mucho, si sacamos un montón de cosas, de traumas de hace mucho, como que lo hablamos bastante, eso sí está bueno y después yo me hice una biodecodificación y bueno eso no me ayudó, ósea si me ayudó un poco pero en un momento me dijo vos sos linda, tenés una familia que te quiere, como que mis

familiares anteriores no tenían antecedentes de nada, como que yo era el problema y me dijo porque te sentís tan triste, yyy no sé, bueno me hizo hacer como una carta que la tenía que leer todos los días y después la tenía que quemar, lo hice un par de semana y después no lo hice más y eso fue mi último tratamiento hasta ahora

V: ósea que la biodecodificación dio por finalizado todo tratamiento después de 8 meses

P: claro y después no hice más, eso fue todo el año pasado

V: ¿Vos tenés 15 ahora?

P: sí

V: y me estabas hablando de una psiquiatra antes

P: no, no. Igual si una vez en un ataque, mi mamá llamó para hacer un tratamiento con un psiquiatra y no atendía y no sé cómo que lo tomó como una señal, no sé qué capaz no era el momento como para ir, pero después pasó lo de mi fiesta de 15 y yo decía este 2019 no pienso tocar un psicólogo porque era como mi meta, pasó lo de mi fiesta de 15 y no tenía tiempo para hacer terapia y bueno, pero si en un momento me di cuenta que tenía que haber empezado un psicólogo

V: hace desde el año pasado que estaba sin tratamiento

P: claro

V: ¿nunca habías tomado medicación?

P: no, nunca

V: bueno, me querés contar un poco de tu familia...

P: es hermosa mi familia, yo vine después de 10 años, mi mamá me tuvo a los 39, entonces yo vine después de 10 años, totalmente de sorpresa ósea mi hermano más chico tiene 25, me lleva 10 años el exactamente

V: ¿Cómo se llama?

P: Francisco, después esta Tomás que tiene 28, después esta Lautaro que tiene 31 y Martín que tiene 32 entonces soy como la bebé mimada

V: ¿y tus papás? los nombres

P: Diana y Felipe, están juntos hace mucho, nunca vi una pelea de ellos, nunca tuve problemas familiares de nada asique es re linda mi familia. Y bueno mi hermano me contó que cuando le dijo a mi hermano que me habían llevado a internarme y que ya estaba internada por un intento de suicidio como lo catalogaron, que no durmió en toda esa noche, que no pudo dormir

V: para vos ¿fue un intento de suicidio?

P: no, fue un supuesto intento de suicidio, a mí me preguntan y digo supuesto intento de suicidio. Porque es un poquito, pero yo no quería suicidarme en realidad

V: ¿Cómo son las relaciones entre ustedes?

P: es re linda, en la terapia familiar hablamos de que tendría, que yo tendría que haber hablado muchos más de mis problemas porque recién en la internación se enteraron de todo y mi mamá les había ocultado todo, porque en realidad yo se lo había pedido pero mi mamá había ocultado lo de los cortes, pero por ejemplo lo de la bulimia no sabía nadie

V: ¿y de los cortes?

P: si lo sabía mi mamá y bueno mi papá. Y entonces como que se enteraron de todo de golpe, a mí me parece bien porque ya esta le tengo confianza a todos, pero antes no la tenía, por ejemplo, si se hablaba de problemas eran de mi novio y jodíamos con eso, pero nunca de problemas reales

V: habías dicho en la entrevista con el terapeuta que en tu casa había poco espacio para hablar de emociones. ¿Cómo lo pensás a eso?

P: claro, y si era verdad porque nunca se tocaban eso temas

V: entonces tu mamá sabia de los cortes, no sabía de los vómitos

P: no, se enteró porque le dijo la psiquiatra

V: tu papá sabía de los cortes, y ¿tus hermanos?

P: de nada. Igual me dijo mi hermano que una vez me vio la pierna como unas rayitas y que el después se sintió culpable con esto, de no haberme dicho nada porque él se dio cuenta que no eran estrías

V: ¿y porque no te habrá preguntado?

P: porque dijo bueno, capaz sé está lastimando y no es que se está clavando un cuchillo, entonces como que lo minimizó. Mi familia siempre ninguneó eso, mi papá por ejemplo recién se dio cuenta de la gravedad de esto cuando me vino a visitar, pero mi papá siempre como un escudo de protección, lo hacía como que todo chiquito, bueno te cortás, pero no es tanto, bueno vomitás, pero no bajaste tanto de peso entonces lo minimizaba todo, se quería convencer de que yo no estaba tan mal y ahora se dio cuenta de que si...

V: y ante otra situación así familiar o personal de alguien de la familia, pasó esto de que no se diga nada, de que se oculte

P: si, yo tuve un casamiento que me lo perdí, casamiento de mi prima y bueno mi mamá tuvo que explicar porque yo no estaba y mi prima, mi otra prima dijo, yo la entiendo porque a mi pasó lo mismo, nada más que mis papás no dijeron nada

V: ¿y qué es lo que habrá sido?

P: mi mamá no dio detalles, pero para mí ella también estuvo internada o algo

V: ¿Por qué tu mamá no habrá dado detalles?

P: no le pregunté bien

V: ¿tu mamá le conto a la familia extensa de lo que te estaba pasando?

P: claro, como que les quiso explicar

V: ¿y a vos te parece que tu mamá no quería que tu papá se enterara?

P: siempre lo quiso ocultar, pero siempre se lo terminaba contando y yo le decía no por favor porque mi papá es como mi ángel, me da cosa que sepa esas cosas de mi. Entonces yo le decía a papá no pero siempre se lo terminaba contando y yo la entiendo porque yo también le contaba a mi novio cosas que capaz no las podía mantener

V: ¿y vos no querías que se enterara nadie? ¿Quién se podía enterar?

P: y ponele yo a mis amigos, yo tuve una ex mejor amiga, una relación muy tóxica, ella sabía casi todo de esto y que paso, esa ex mejor amiga, tenía problemas de bulimia, tenía peores que yo y yo le conté a mi mamá, la ayudamos juntas y yo hacía lo mismo y eso es lo que mi mamá todavía no entiende que en ese momento yo estaba haciendo lo mismo y bueno ella es como que sabía más o menos todo, después no sé, mi mejor amiga sabe, yo se lo conté una noche y se lo conté bien, se lo conté calmada, después mi novio si sabía los cortes pero nunca le di detalles, le dije también que no joda con la bulimia y como que se dio cuenta pero nunca le di detalles de eso. Entonces como que nadie sabía bien, bien todo

V: ¿y porque te parece que para tu mamá era importante que tu papá no supiera?

P: no me gusta, ni que sepan de que yo vaya al psicólogo, me sentía como débil, no sé, entonces no quería que supieran. Entonces mi mamá se guardaba todo, se callaba todo y eso a mis hermanos les re molestó, cuando se enteraron de todo lo que mi mamá guardó para protegerme a mí y no lo tendría que haber hecho, eso a mis hermanos les jodió que lo haya guardado tanto para protegerme entre comillas

V: ¿y porque crees que te quería proteger tu mamá?

P: no sé, porque yo se lo pedía en realidad, yo no quería que nadie sepa

V: y a ella ¿Por qué se lo confiaste?

P: porque era la única que me podía llevar al psicólogo, mi papá trabaja todo el día y nada ella era la única, mi mamá siempre tuvo el problema de que quería saber el porqué, porque yo le decía por eso quiero ir al psicólogo para contarle a esa persona y mi mamá siempre es muy metida entonces yo a veces le chamuyaba cosas como para que me deje ir

V: ¿Quién te parece de la familia es el que más sufre con esto que pasó?

P: mmm no sé, creo que de lo que yo sé, creo que mi hermano Tomás por el tema que no durmió, que después se puso re mal que él no le podía contar a la novia porque la novia, me quieren mucho mis cuñadas, porque estaba por rendir un final y no la quería preocupar, entonces como que se lo tuvo guardando un par de días y bueno me parece que es ese el que más sufrió de todos

V: ¿Cómo es tu relación con tu hermano Tomás?

P: es re linda, él me dijo que tenemos una personalidad muy parecida y es verdad, nos gustan las mismas cosas, en realidad con el que mayor relación tengo es con el menor porque me hacía jugar más, tengo un montón de recuerdos con él, haciéndole pavadadas, como pintándoles la uñas, entonces, con ese es con el que tengo más relación, pero con Tomás es también linda la relación porque es el segundo más chico

V: ¿con los otros dos?

P: también, Martín, el más grande, es mi padrino, me mimó mucho y como yo era tan chiquita y él era tan grande, él me podía llevar a todos lados, con Lautaro capaz no tanta porque también trabaja un montón, pero lo quiero un montón y nos llevamos bien

V: ¿con tus papás? me dijiste recién que tu papá era un ángel, ¿me querés contar?

P: mi papá es demasiado bueno, es la persona más buena que conozco y a mí nunca me pegó, nunca me gritó, a mi mamá menos entonces es súper bueno, es como un héroe, siempre cuento un montón de cosas, me ayuda en un montón de cosas, él no sabe entender de las cosas que me puede pasar, como ya te dije minimiza pero yo sé que él quiere hacerlo y con mi mamá antes era horrible hasta que, a mí me encanta salir y a mi mamá no le gusta que yo salga y es como que no alcohol, no, no, drogas no, yo no me drogué pero piensan que voy a salir y me voy a drogar o no sé y yo por eso me estuve que escapar muchísimas veces de mi casa, mentía todo el tiempo, porque ya no podía confiar en mi mamá porque sabía que no me iba a dejar, yo ni siquiera preguntaba si podía ir a algún lado, directamente decía me voy a tal lado y no estaba ahí. Y si se enteraba que no estaba ahí, una vez se enteró y como que no me dijo mucho pero ahí me di cuenta que tenía que frenar que ya estaba, pero si nos llevábamos mal, todo el tiempo me gritaba y yo le gritaba a ella. Después de

que empezó a ir al psicólogo para poder ayudarme a mí, le hizo bastante bien porque empezó a ser más permisiva, empezó a entender un montón de cosas y como que ya nos llevamos mejor

V: ¿Cómo la describirías a tu mamá?

P: tiene un carácter muy fuerte, grita todo el tiempo, habla con una voz muy potente, a veces le digo “mamá no me grites” pero es su voz real, quiere hacer de todo, organiza eventos ella entonces quiere hacer de todo, siempre quiere organizar cosas, es muy inquieta, todo el tiempo compra cosas o quiere remodelar la casa, quiere hacer algo, una persona que todo el tiempo está haciendo cosas

V: ¿Qué tareas tiene tu mamá en la casa?

P: hace de todo básicamente, aunque tenemos una chica que limpia, pero yo a veces le digo ay mamá no hace falta que hagas eso, lo puedo hacer yo, pero tampoco me avisa para hacer las cosas, pero las quiere hacer ella

V: me decís que con tu mamá chocabas un montón, pero a su vez era a la única persona que le confiaste todo

P: claro, es horrible eso, porque a veces me decía que era una pavada que yo me cortara, pero era la única persona que me podía llevar al psicólogo literalmente, que podía tener los contactos

V: ¿Qué esperas de tu papá?

P: y ahora ya nada, porque como que lo entendió todo esto

V: ¿y antes?

P: antes no, pero yo se que se ponía muy mal. Una vez que me contó una amiga, yo tengo una amiga, mi mejor amiga, que lo ama a mi papá también, todas mis amigas en realidad, que también dicen que es muy bueno, pero nos estaba contando que una vez la tuvo que coser a una chica que se había cortado muy fuerte y se largó a llorar contando eso y mi papá no llora nunca, y yo sabía porque estaba llorando, estaba llorando porque sabía que yo podía haber sido esa entonces a pesar de que lo quiera esconder o minimizar se que también le afecta

V: ¿pensás que vos tuviste el mismo vínculo con tu papá que tus hermanos?

P: y no porque soy mujer y más chica entonces eso también es algo que yo aprendí a entender con los años, por ejemplo mi mamá fue a un colegio de monjas, mi papá no pudo estudiar hasta los 19 años, fue a la Colimba, entonces ninguno tuvo una adolescencia como yo tuve, como la que yo estoy teniendo y bueno mis hermanos son todos varones y era una época totalmente distinta entonces como que les costó un montón criarme a mí y más ahora, capaz cuando era más chica no y cuando era más chicas era el orgullo, porque era abanderada, me fui a Buenos Aires por un concurso para viajar al mundial y todo alto orgullo y en la adolescencia se arruinó todo, era un desastre entonces como que les costó mucho y entender de cómo es ahora las cosas que ya no son como antes, que no es lo mismo para los varones

V: ¿Cómo es ser la única hermana mujer?

P: es lindo, pero por ejemplo el tema del novio, pobrecito lo querían matar, pero a la vez, el único que lo quería era Francisco el más chico porque hablaron desde un principio desde que no éramos nada y cuando cortamos le chocó un montón y lo defendió a él o sea pero desde chiquita si traés un novio lo vamos a matar y que se yo, mi papá es más tímido en ese sentido, no me decía nada, entonces ese es el tema de ser como la mujercita más chiquita. Mis hermanos nunca trajeron una novia a los 15, entonces yo era como más distinta

V: ¿en tu casa quien toma las decisiones?

P: mi mamá totalmente, mi papá, me molesta porque mi papá me dejaría hacer lo que sea, pero no tiene autoridad entonces todo le tiene que preguntar a mi mamá, es re pollerudo, mi mamá toma todas las decisiones

V: ¿se respetan?

P: si

V: en la entrevista con el licenciado también habías dicho que la psiquiatra te había dicho que necesitabas contención ¿Cómo lo ves a esto? ¿Cómo lo pensás?

P: y de que era verdad porque yo estaba fuera de mí, de sí y obviamente necesitaba alguien que me abrace, pero el tema es que a mí no me gustan que me toquen o por lo menos mi mamá a veces me abraza y salí, pero lo mismo necesitaba algo que me ayude a no estar así

V: ¿vos tomaste esto de la contención o es algo que dijo la psiquiatra?

P: me lo dijo la psiquiatra, pero yo le di la razón porque era verdad, era un llamado de atención y querer contención porque yo llamé la atención así, porque ya no sabía que más hacer, siempre quise llamar la atención de manera muy extrema

V: de tu familia, ¿con quién tenés más afinidad?

P: y como te dije, con mis dos hermanos más chicos

V: ¿y más diferencias?

P: con Lautaro, no sé porque, es muy impulsivo y a veces te grita y eso dijo en la terapia familiar que a veces se sentía mal por eso, pero yo lo quiero un montón

V: ¿y entre tus hermanos se suelen hablar cosas personales?

P: no, nunca. Solamente este año que fue cuando me puse de novia y cuando corté que me hablo Francisco, pero ponele mi hermano me decía yo sé que la Daiana está mal, se lo decía a mi mamá y él se daba cuenta que yo estaba mal. Fran se da cuenta que yo estaba mal y se lo contaba a mi mamá y eso fue un sábado y el domingo pasó lo que pasó, pero no de problemas así, siempre hice chistes como cuando me hacían Bullying pero nunca di detalles de eso

V: ¿con quién hablabas de esto? ya sea de la familia o no...

P: con mis amigos, aunque siempre era me siento mal por mi novio o me siento mal por mi ex novio o me siento mal porque soy una boba, soy insuficiente y no sé qué, pero nunca hablábamos de cortes, que yo me podía llegar a lastimar, eso yo lo hablaba con mi novio y él me entendía mal porque él también lo hizo, aunque mi mejor amiga también lo hizo, pero lo hizo este año y yo sentía como que me daba cosa hablar de eso con ella, yo sentía que la tenía que ayudar más a ella en vez de ella a mi

V: ¿con los vómitos te pasó lo mismo, sentías que la tenías que ayudar a ella?

P: claro, pero lo mismo se preocupó, le hablo a mi mamá y todo

V: ¿Qué crees que tenían tu novio o tus amigos que no tenía tu familia, para confiar en ellos?

P: se los podía decir en cualquier momento, capaz que me conocían mas

V: ¿te conocían más que tu familia?

P: y no soy la misma persona cenando en mi casa que cuando estoy con mis amigos

V: ¿Por qué sentís que no podés ser la misma persona con tu familia que con tus amigos?

P: yo hago chiste de humor negro, no sé y a veces mi mamá me reta, una vez dije “hostia” pero en español y me retó porque lo tomo como un insulto, ella es católica, yo también, pero no lo tomé como un insulto y ella si entonces como que, o ponele los chistes del suicidio que yo siempre hago, mi mamá se re enoja con eso, entonces como que me tengo que cuidar en ese sentido

V: ¿y vos pensás que con alguno de tu familia podrías confiar ahora?

P: si ahora creo que, con todos, por el tema que ya se enteraron de todo, pero si no hubiera sido por esto, no lo hubieran sabido nunca

V: ¿Qué tuvo que pasar?

P: y esto que, supuesto intento de suicidio

V: bueno, volviendo a la contención, ¿Quién pensás de tu familia te puede contener más?

P: y a pesar de todo creo que mi mamá

V: ¿Quién menos?

P: creo que mi hermano más grande porque es como un pavo, está todo el tiempo en la suya, es como una burbuja, aunque él me quiere ayudar, pero contener, capaz que mi papá, con el tema que no sabe

V: bueno me contabas que algunas veces te encerrabas en tu pieza ¿Qué pasaba ahí?

P: y escuchaba música [...], no hacía nada, me ponía a pensar

V: ¿Cómo te sentías aislada?

P: a mí me encantaría salir todo el tiempo o irme de mi casa, hubo un tiempo que no quería estar en mi casa pero mi mamá no me dejaba, la otra vez me gritó porque yo quería irme a la plaza con una amiga y me quería ir a la plaza porque yo quería hablar un tema importante y ella decía porque no lo pueden hablar acá y porque acá no, yo lo quería hablar en la plaza porque era un tema muy importante, no sabíamos si estaba embarazada o no entonces sentía que las paredes de mi pieza no eran suficiente entonces yo me quería ir y me gritó, mi mamá siempre piensa que yo me voy y no voy hacer lo que le digo tiene toda la razón porque lo hice muchas veces pero esa vez era como que me voy a la plaza con mi amiga, esta acá nomas, era una cuadra entonces pensaba que iba a ver a más gente y no sé que

V: en los momentos que te sentías mal, que te odiabas, que querías desaparecer ¿qué hacías? ¿te quedas con tus amigos o te encerrabas?

P: había veces ponele yo estaba mal y aprovechaba que me tenía que ir al gimnasio, me iba 20 minutos antes a la plaza y ahí me quedaba sola y hacía eso a veces y me gustaba

V: preferías estar sola que con tus amigos...

P: si, pero si estoy mal a veces llegaba el fin de semana y yo necesitaba salir porque si no yo me quedaba en mi casa encerrada me iba a sentir peor y eso se lo explicaba a mi mamá y hasta a veces la amenazaba, si yo no salgo esta noche no sé qué me voy hacer le decía, como que me iba a lastimar o no sé, yo le decía que no quería estar sola a veces y a veces si tenía momentos de que no podía estar sola porque hacía cosas

V: ¿desafiabas a tu mamá para que te dejara?

P: claro

V: y ahora cuando te den el alta ¿vas a volver al cole?

P: y si yo quiero volver, quiero estar con mis amigos, pero también me dijeron que, el colegio se mostró re comprensivo con esto, fue raro, que me iban a sacar horas de clases o que me iban a tratar de integrar de otra forma para que no me estrese tanto, no sé qué, pero sí yo quiero volver

V: ¿Cómo pensás que va a ser la vuelta?

P: y todos piensan que yo estoy en el campo de mi tía porque me agarró un pico de stress porque eso aconsejó el colegio que mi mamá dijera eso, los chicos son muy malos, si se enteran que estoy en un internado van a decir cualquier cosa. Igual mandé una foto del grupo de mi colegio de mi mano y puse “jajaja” y bueno me habló una chica, una ex amiga. Pero yo sabía que no le iban a dar tanta bola, si le dieron bola, pero no tanta, no sé. Y me habló una chica en realidad como que empezaron a decir cosas. Esa chica era mi mejor amiga, yo fui su primera rosa en los quince, era una amistad hermosa y de la nada se fue todo al carajo porque ella estaba mal y estaba mal y aislaba a todos, nos aislaba a todos y casi que la internan en el Morra pero la madre no quería porque toda su familia estuvo ahí entonces como que me daba consejos y yo en un momento le dije todo bien, estoy viendo una botella de quitaesmalte y en cualquier momento me la tomo, yo ya le había dado un traguito creo que se lo dije y esa chica lo empezó a decir por el colegio entonces mi mejor amiga agarró y le habló a mi mamá diciéndole que estaban diciendo esas cosas y en el colegio y bueno eso, como que saben esa parte y saben que estoy en el campo de mi tía supuestamente

V: ¿y porque pensás que tu mamá no quiere que nadie se entere? que nadie sepa, tus hermanos, el cole...

P: en realidad yo le pedí que no se entere nadie, pero ella se le contó a un montón de personas, por ejemplo, a familiares, vecinos, a la chica que limpia porque ella venia y no me veía, en realidad yo le pedí. El tema es el colegio, de mis familiares no me importa, pero el tema es el colegio porque no estoy yo para defenderme para que sepan bien como fueron las cosas, para que no piensen que me quise suicidar

V: ¿te sentís lista para el alta?

P: si

V: bueno, vamos a hacer como un juego. Felipe ¿es tu papá no? ¿cuántos años tiene?

P: 66, Diana tiene 54, Tomás 28, Martín 32, Lautaro 31, Francisco 25

V: bueno ahí está todo. Si tuvieras que ubicar a toda tu familia como en grado de proximidad, ¿Cómo lo harías?

P: primero Fran, después Tomas, después...

V: supongamos que tu mamá se fuera, se fuera a China ¿Qué pasaría? ¿Cómo te sentirías vos?

P: y libre, podría hacer lo que quiera, es la verdad, sería mucho más libre y como que más calmado, mi mamá está todo el tiempo en mi casa, trabaja desde mi casa, como organiza eventos, se va cuando tiene el evento, pero se va un par de horas y después vuelve, no es como mi papá que trabaja no sé 12 horas,

V: ¿tu papá trabaja mucho?

P: si porque es médico, entonces como que mi mamá está todo el tiempo y ya cansa, entonces me sentirías mas

V: ¿y ella como se sentiría?

P: y si me extraña, por ejemplo, ahora me está extrañando un montón, todos me están extrañando, yo también estaba todo el tiempo en mi casa, estudio, voy a inglés, voy al gimnasio y listo, claro que si se fuera sería libertad, aunque si la casa sería un quilombo

V: ¿y si se fuera tu papá?

P: y hubo varias veces que se fue o sea por trabajo que tenía que llevar pacientes a San Juan ponele pero no se sentía tanto porque a veces vuelve a las nueve de la noche y como que está cuatro horas con nosotros y después vuelve a trabajar de nuevo, excepto los domingos, si se fuera más de una semana se sentiría bastante

V: ¿Qué sentirías?

P: y porque él se sienta en la punta de la mesa y vemos quién quiere ser millonario, y no se o no se los partidos de futbol que se pone a ver no sé, Adolsivi con Chacarita y se pone a ver cualquier partido de futbol, se sentiría bastante ausencia

V: ¿y vos como te sentirías?

P: no cambiaría mucho, pero se sentiría, porque mi papá me roba la comida porque nos sentamos al lado, pero si lo extrañaría, así como también la extrañaría a mi mamá

V: ¿y él cómo se sentiría?

P: supongo que también nos extrañaría, a él le encanta mostrar cuando se va, nos manda fotos de que está comiendo asado, pero si, aunque no muestra nada, es súper frio

V: ¿te reconoces en algo ahí?

P: si, yo también soy media fría

V: volvamos al...

P: y mi hermano se está por ir (Tomás)

V: supongamos que desaparece para siempre

P: me sentiría re mal porque mi hermano es como que llega del trabajo y se pone a tocar la guitarra, se pone hacer temas graciosos o no sé, me sentiría re mal

V: ¿y Francisco?

P: también, peor, recién este año presentó, tiene 25, recién este año pudo presentar una novia porque eso que a mi hermano todas mis amigas le tienen ganas que se yo, él nunca quiso presentar a nadie como que recién este año formalizó entonces mi mamá me dice no sabes lo gracioso que es verlo chapar a Francisco y yo le dije “no, no, que horror” porque Francisco para mí es un nene chiquito porque aparte como se muestra conmigo, no sé, conmigo tiene la misma actitud que tenía a los 10 años, a los 13 años, que yo tenía tres, tiene como las mismas actitudes pavo entonces, lo extrañaría un montón

V: ¿Martín?

P: y Martín ya se fue en su momento, si lo extrañé, pero era como divertido porque vamos a tener su pieza, hasta que volvió porque se peleó con la novia, pero si lo extrañé, extrañé su televisor

V: pero sabías que estaba

P: claro, si lo extrañé, pero ya sabía que tiene 32 años, se tenía que ir, no había forma era como Martín andate, su cama y todo seguía ahí pero él vivía en la casa de la novia, entonces era por favor Martín sacá tu cama o hacé la mudanza completa y bueno hasta que volvió y como que le dijimos sos un pavo pero de él lo aceptaría más, de Tomás no lo estuve aceptando tanto, cuesta mucho pero si Fran se va no, es muy inmaduro, no lo siento como que esté listo para irse

V: ¿y si se va Lautaro para siempre?

P: sería raro, nunca se independizó con nada...

V: ¿Cómo te sentirías vos si él se fuera?

P: vive yéndose de viaje con la novia, pero si él se fuera sería bastante vacío porque él siempre llega arma un café con leche, a veces hablamos y si también se sentiría bastante su ausencia

V: ¿y quién falta?

P: yo,

V: ¿Qué pasa si te vas? ¿Cómo te sentirías vos y como se sentirían ellos?

P: y ya me fui

V: pero para siempre

P: sé que me extrañarían un montón y yo también a ellos, yo me quiero ir a estudiar a EEUU o a trabajar allá pero mi familia es algo que me detiene bastante, no podría estar sin verlos tanto tiempo, ponele ahora los extraño un montón

V: y me decías que, si se va tu mamá, tendrías libertad casi absoluta

P: claro

V: ¿en qué sentido?

P: yo cuando me peleaba con mi mamá que nos llevábamos mal. yo decía que se vaya y pensaba que si se moría no lloraría, así bien mal nos llevábamos. Yo salir cuando quiera, me voy a tal lado y listo, después poder volver caminando o lo que sea, poder volver tranquila

V: ¿y si tu mamá no estuviera en tu casa? ¿Qué cosas se permitirían más en tu casa?

P: en realidad mi papá es más hinchado con el tema del orden, ni si quiera te podría decir no poner música fuerte porque siempre lo hice, no lo hago yo porque a mí me gusta escuchar con los auriculares, pero si lo hago no me diría nada

V: ¿y si ella no hubiera estado, a quien le hubieras contado todo esto? para buscar ayuda

P: a mi papá

V: algo más que me quieras contar

P: que me quiero ir (risas)

Entrevista de alta con familiares: madre y hermano mayor.

Fecha: 1/10/19

Asisten la madre y su hermano mayor Martín. El licenciado aclara que la entrevista formal había sido el día anterior con la psiquiatra, sin embargo, no se le habían entregado las recetas, se procede a realizar esto y se le explica sobre las drogas y los modos de toma, el terapeuta dice que es un esquema muy tranquilo ante lo cual la madre dice que a ella le parece un montón, se aclara que con el paso del tiempo se va a ir revisando.

Se le pregunta por el regreso al colegio, el licenciado dice que por lo general lo que se hace es que por la semana que le dan el alta no asista a la escuela y luego por una o dos semanas pueda ir media jornada ya que el colegio puede ser un factor estresante para el adolescente, se pregunta por el caso particular de Daiana. La madre comenta que es excesivamente responsable y siempre se hace cargo del trabajo de todos, se aclara que sería bueno que no recaiga todo sobre la paciente.

Por otro lado, pregunta sobre su preocupación ya que como sugerencia del vicedirector que es psicólogo y amigo de la familia, no dijeron a los compañeros sobre la verdad de la internación, sino que se dijo que estaba con un pico de estrés aislada en el campo de su tía sin señal, incluso en el último permiso Daiana siguió con este discurso ante sus amigos: *“dijo que estaba con las vaquitas”*, la madre ahora nos sabe cómo se manejará la situación. El psicólogo le dice que no era una recomendación que él haría jamás ya que el estigma de los problemas de salud mental está más del lado de adultos que de los adolescentes y por lo tanto ellos hubieran podido entenderlo mejor pero que ahora es cuestión de poder manejar la situación sin que todo recaiga sobre Daiana.

Se pregunta sobre la reinserción social, planteando que ese mismo día ella tenía un cumpleaños y que recomendación daba si podía ir o no, el psicólogo dice: *“aquí entra el criterio paterno y es importante que puedas poner firmeza, aunque no rigidez”*, ya que cuando Daiana confronta con la madre esta se desarma completamente a diferencia de la madre que tuvieron el resto de sus hermanos. Sugiere que podría ir un rato a saludarla y volverse, lo mismo con la familia extensa que quiere ir a verla.

Lectura sistémica de la terapeuta de familia.

La familia F. está formada por los padres, Felipe de 67 años médico (emergencias) y Diana de 54 años organizadora de eventos. Tienen cuatro hijos varones y una única hija mujer Daiana de 15 años, paciente identificada. Los varones de 32, 31, 28 y 25 años respectivamente. Viven todos en la misma casa.

Se muestran en la primera entrevista como un sistema familiar negador de conflictos, con padres rígidos. El subsistema fraterno le demanda a la paciente que “confíe en ellos” discurso empático con el discurso paterno; en todos los miembros se observa cierta dificultad para pensar sobre las propias conductas y para asociar el síntoma individual de Daiana con la interacción entre los mismos.

No se explican el porqué de los síntomas de la PI y consideran que es la “CHIKUITA DE TODOS”.

Se tienen 5 entrevistas puesto que abandonan el tratamiento cuando la paciente encuentra algunas mejorías en las relaciones. Estos cambios relacionales se logran luego de entrevistas donde se trabaja con el subsistema parental y filial, subsistema parental, subsistema materno y subsistema materno filial (madre e hija, subsistema más flexible y receptivo).

Se focalizan las entrevistas en la NEGOCIACIÓN DE LOS LÍMITES CON UNA HIJA ADOLESCENTE en consecuencia con las dificultades parentales para dejar de ver a Daiana como una “NENA QUE LOS ENTRETIEENE”.

11.2 CASO 2: CAMILO

Primera entrevista en el internado.

Fecha: 1/10/2019

El paciente tiene 17 años es de contextura pequeña y muy flaco. La expresión facial es de tristeza y se muestra algo intranquilo acomodándose constantemente el buzo.

Se mantiene entrevista con el paciente. El licenciado comienza pidiéndole que le cuente que había sucedido el día sábado, Camilo cuenta que la medicación le había hecho mal en un ojo y también la pierna le temblaba. Comenta que lo fueron a visitar y le hablaron, fue la madre a verlo, le dijo que se sentía bien, aunque un poco ansioso porque se quiere ir de alta debido a que ya se siente bien, quiere volver a sus actividades, se le pregunta sobre cuáles son las actividades y comenta que nada más que ir al colegio y salir a tomar mates, no hace ninguna otra actividad extra pero cuando salga de alta pensaba ir al gimnasio o hacer tenis.

Se le pide que cuente sobre sus días y meses previos, “¿cambió mucho tu vida? - si”, comenta “*me empecé a juntar con otro tipo de gente*”, ya que su mejor amigo se suicidó con sobredosis de pastillas y metieron preso a otro de sus amigos: “*empecé a salir más seguido, quería salir y tomar y tomar, buscaba cualquier cosa alcohol merca, hasta que no me acordaba de nada*”. Se le pregunta de que no se quería acordar, se angustia mucho y cuenta que de estos problemas de sus mejores amigos: “*estaba todo mal porque los extrañaba*”. Se larga a llorar. El licenciado pregunta: “*contame cómo lo viviste*” y responde: “*yo sabía que él tenía un poco de depresión*” y cuenta que la noche anterior al suicidio le hablo a él diciéndole que había tomado pastillas, pero Camilo no se imaginó que era con esa intención: “*me dijo buenas noches te amo, y que era su mejor amigo*”, “*le dije que iba a mejorar todo con los padres*”. Al día siguiente le manda un mensaje y no responde, llama a la madre y contesta la tía diciendo que se había suicidado (llora intensamente). El paciente fue la última persona en hablar con él, se le pregunta si esto había podido hablarlo con alguien y comenta que sí, con algunos amigos y con sus padres, pero su papá le dijo que, su amigo, había sido muy irresponsable en hacer eso: “*me empezó a picar la cabeza y dijo pavadas, no lo escuché más*”. Fue a buscar ayuda en su padre y no la encontró. Tampoco en su mamá a quien directamente no le contó y dice: “*no confío en ella*”, se le pregunta por qué: “*por todas las cosas que pasaron*

cuando fui creciendo”, comenta que eran problemas que hicieron que pasaran a tener una mala relación. “Estaba todo bien en la familia hasta que mis padres se divorciaron cuando tenía 6 años, a los 8 dejé de ver a mi papá y a los 13 recién lo vuelvo a ver”, “mi mamá dice que la traicionamos”, “primero mi hermana lo vio a mi papá y después yo, cuando iba de visita y volvía hacia todo un escándalo por ejemplo por un plato por lavar”.

Luego comenta una historia de idas y vueltas a la casa de su padre, hasta que se van ambos a vivir con éste último: *“pero no aguantamos y volvimos”*, luego él regresa nuevamente a la casa del padre. El licenciado le pregunta: *“¿te sigue quedando eso de no confiar en ella?”*, responde que sí y que en su papá tampoco confía. Desde los 13 años va y viene con mudanzas de un hogar a otro. Su hermana es mayor, tiene 18.

Relata a lo largo de la entrevista que fue complicado irse a vivir con su papá debido a que la mujer, con quien estaba en pareja, tenía muchos hijos, eran como 11 en la casa y algunas veces pasaban necesidades, aunque eso no era lo que más le importaba sino la mala relación con la mujer: *“le pedía que me retara y mi papá me retaba por algo y él no me preguntaba si era cierto”*. Comenta que una vez, la mujer, le dijo que todos los problemas eran culpa de Camilo y ahí es cuando se vuelve con Carmen. Después de un tiempo, el padre se separa de la mujer y Camilo vuelve con Catriel, en torno a esta situación expresa: *“me pide perdón entre comillas (hace el gesto con los dedos)”*. Actualmente vive con su papá y su abuela paterna.

El licenciado le pregunta si esta conducta de tomar comienza luego de lo del amigo y dice que sí, se le pregunta sobre que hacía el padre en estas situaciones y dice: *“no se enteraba yo conocía bien los horarios y calculaba el efecto de las pastillas para llegar a casa medianamente bien para caretearla”*. Cometa que antes de lo del amigo no consumía, solo esporádicamente alcohol y marihuana (cada 1 mes). Niega sentir o haber tenido necesidad de consumir.

Se comienza a hablar sobre el intento de suicidio, dice que se puso a pensar en toda la gente que había ido al hospital y primero no podía creer haber seguido viviendo ya que había hecho mucho se preguntaba: *“porque seguía acá”*. Luego lo vio como otra oportunidad: *“¿qué hago? me tiro a vivirla”, “quiero hacer cosas como viajar y estallar de risa, me quiero ir rápido de acá”*.

Se le pregunta cuántos intentos tuvo luego de lo de su amigo, responde que solo uno, pero lo pensó más de 20 veces, y luego de que lo hizo, lo volvió a pensar una sola vez. Se conversa sobre sus pensamientos y dice: *“pienso si de verdad tiene sentido que este acá sin metas, motivaciones”*,

“no me atrae nada”, “me genera un sentimiento feo que no le di bola, pero va evolucionando, me lleva a sentir un fracaso, podría haber ayudado a que no se muera F”.

Se conversa sobre el tiempo de internación y se aclara: *“necesitamos que te limpies físicamente”*, el licenciado comenta que lo ve con muchos recursos para entender lo que le pasó: *“no fue la intención de tu amigo, pero te dejo un paquete grande, es fuerte” “a nivel psíquico te veo con las cosas claras, el problema son las drogas, no creo que seas adicto, pero esta situación inestable tuya sumado a las drogas es letal, quieres adormecer la cabeza con la sustancia y a la vez te gatilla”*. Se aclara que lo que se tarda en limpiar el cuerpo son 15 o 20 días para que salgan las toxinas, ante esto comenta que hace una semana que no consume asique le quedarían aproximadamente 10 días más. El terapeuta concluye: *“necesitamos que salgas limpio para trabajar terapéuticamente todo lo que te pasa que es muchísimo”*.

Entrevista de familia en Cámara Gesell.

M: madre

C: paciente

Ca.: hermana

Se presentan la madre y hermana del paciente

Lic- ¿el apellido es V. R.?

M- Sí

Lic- soy P. las entrevistas de familia se hacen en este consultorio que es una Cámara Gesell, atrás están las otras licenciadas que nos escuchan y ven y si se quieren comunicar lo hacen por ese teléfono.

M- (mira sorprendida y se sonríe), para nosotros es un mundo nuevo todo esto, solo íbamos al médico si tiene fiebre...

Lic- vamos a comenzar presentándose, ¿vos sos la mamá?

M- Carmen tengo 46 años

Lic- ¿a qué te dedicás Carmen?

M- Trabajo en un call center

Lic- ¿cuántas horas?

M- desde las 16 hs de lunes a viernes, también estoy estudiando... (se muestra intranquila comentando esto frente a su hija). Ya le debe haber dicho el psicólogo que el padre tiene restricción conmigo, por eso ellos nunca supieron demasiado donde trabajo o a qué hora para que no me encontrara, sabían que trabajaba, pero no dónde, me cuido porque me seguía a donde trabajaba y sino en las visitas a ellos les preguntaba y empecé a resguardarme yo y a ellos

Lic- ¿qué estudiás?

M- estoy haciendo odontología

Lic- ¿y vos?

Ca- Carola, tengo 1 año más que Camilo, 18. Estoy en la facu de bioquímica en 1er año.

Lic- ¿te gusta?

Ca- hasta ahora si...

Lic- ¿en la nacional?

Ca- si en la UNC-

Lic- ¿y después viene Camilo?

Ca- si, por parte de mi mamá, pero mi papá tiene hijos más grandes. El más grande es L.

LLEGA EL PACIENTE

Lic- ¿cómo estás Camilo?

C- bien, estaba en laborterapia

Lic- me llamo P. soy psicóloga y hacemos terapia familiar con todos los pacientes de infanto y acá hay parte del equipo que nos pueden hablar. Se estaban presentando, hablando de que tienen más hermanos, L de 33 y Lu. de 21, ¿los ven?

C- de vez en cuando al más grande ya no porque se fue a vivir a Paraguay

Lic- esta hermana, ¿con quién vive?

Ca- sola

Lic- ¿estás en el secundario?

C- si, en 5to año

Lic- ¿iban al mismo cole?

Ca- no, yo iba a un cole público

Lic- el papá, ¿qué edad tiene?

Ca- 46

Lic- ¿y cómo se llama?

Ca- Catriel

Lic- ¿a qué se dedica?

C- es guardia de seguridad

Lic- ¿entonces quiénes viven juntos?

Ca- yo con mamá y él con papá

M- no hace tanto, unos meses...

C- estuve haciendo pin pon entre las dos casas, el año pasado me fui definitivo con mi papá

Lic- ¿solos?

C- y mi abuela

Lic- ¿y ustedes?

M- siempre juntas, una vez ella se fue 1 mes

Ca- con mi papá y después volví

Lic- ¿estás en pareja Carmen?

M- de novia, pero no conviviendo

Lic- ¿hace cuánto te divorciaste?

M- el divorcio hace poco...

Lic- ¿y separada?

M- desde 2010

Lic- ¿el papá tiene pareja?

C- ahora no

Lic- cuéntenme que ha pasado o que atraviesa esta familia...

M- lo que siento, mi perspectiva es que se me va de las manos la familia desde que ellos empiezan con la visita, pero teniendo 12. Yo me separo en 2010 en situaciones caóticas con cambio de casa

y ahí no hay más visita de padre, no busca a los chicos y yo tampoco quise, busqué crear algo más sano por la situación de violencia. Llega un momento que ellos iban a un colegio y decido cambiar a Camilo a otro, en este tiempo trato de reconstruir la familiar y también económicamente, estamos en situación caótica. Me dicen que no había hecho ningún papel ni nada, por la ley. Sabía que, si yo voy, van a empezar las visitas y los problemas... La escuela me apuraba con el papel. La abogada me decía que espere tres años para el divorcio para no dar testimonio los chicos, esperé y empecé el divorcio y tenencia, lo hice por el colegio. Se les pregunta si quieren la visita y ella dice que sí (Carola) y él que no (Camilo). Nos mandan a equipo psicológico a todos, yo no quería por la situación de violencia. Habían pasado 2 o 3 años yo siento con ese contacto que lo que había acomodado se desacomoda. Yo planteando la violencia y como se daba, la jueza me escuchaba y da lugar a visitas controladas en espacios públicos por ejemplo en el shopping de 2 horas. Yo sabía que él no iba ser constante con esto, no se iba a hacer cargo, iban a durar poco estas visitas controladas. Luego la jueza da visitas libres

Lic- ¿qué se te fue de las manos?

M- la situación y la relación con ellos, sentí que los quería sobreproteger para que no vean cosas que había vivido yo (en relación al padre con la otra mujer).

Lic- ¿lo ven así?

C- para mi venía todo mal desde que nací yo. Después se divorciaron, no quería ver a mi papá por todo lo que había pasado, pero después yo decidí ir a la visita ahí empezó a desgranarse la relación con mi mamá, al punto que tuve que irme de la casa y me voy por primera vez con mi hermana. Después de 1 mes volvimos- no vi situación de violencia con la pareja

Lic- ¿y con vos?

C- no tampoco, mi hermana vuelve y yo también porque extrañaba mi casa. Hago pin pon hasta que el año pasado vuelvo y después le dije que me quería ir porque peleábamos

Lic- ¿porque peleaban?

C- por cualquier cosa, por ejemplo, ponía la pierna así y me decía poné la pierna como hombre, porque yo le dije que era bisexual y ella me dijo que me entendía y después me dijo que era una etapa se me iba a pasar...

Lic- ¿vivías con tu papá?

C- sí, pero ahora no quiere mi abuela, por lo que pasó

Lic- ¿pero no es tu deseo volver con tu mamá?

C- no

Lic- ¿y vos Carola?

Ca- que muy caótico... Después de la visita mucho más la relación estaba todo mal la mía con mi mamá y con mi papá más o menos- no la pase bien en ese mes y volví con mi mamá tampoco era super feliz, pero preferí eso.

Lic- esa es la diferencia con Camilo, ella puede vivir con tu mamá

C- el vínculo bien, pero no puedo vivir con ella

Lic- ¿porque se deteriora el vínculo?

Ca- trataban de no ponernos al medio y era todo el tiempo los dos nos hablaban cosas de otro

Lic- ¿mal?

Ca- y si

Lic- ¿y entre ustedes?

C- yo la amo y es como mi mamá, la siento más mi mamá a ella

Ca- yo hubiera preferido no... (llora) perdón... decir que no, para no separarme de él

Lic- fue doloroso tener que separarse...

C.- (llorando) ¿le puedo ir a dar un abrazo?

Lic- claro...

Se abrazan y lloran afectuosamente- la los mira madre con cara de angustia se le caen algunas lágrimas

Lic- ¿ustedes conservaron espacios para verse?

Ca- si, después que se fue no tanto porque estábamos cada uno en la suya, él venía acá yo no tanto allá, pero cuando podíamos sí.

Lic- ¿qué pasó Camilo, que te pasó a vos?

C- me empecé a sentir mal cuando salía, empezaba a pensar cosas y me sentía mal fue evolucionando, al principio pensaba que mi papá quería que siga la facultad y yo no tengo motivación de quien quiero ser, o un chico me decía algo y me afectaba. Salía a algún lado y me ponía mal de la nada, pensaba en el suicidio. Le dije a mis amigos que estaba pensando, pero tenía miedo, me daba crisis que lloraba y me sentía nada- en la casa de mi abuela tomé las pastillas

Lic- ¿compartiste con ellas que te sentías mal?

C- no por todo lo que pasaron, si me pasa de nuevo no lo compartiría

Lic- ¿y con tu papá?

C- no

Lic- ¿y vos cuándo te enteraste? ¿estabas al tanto?

Ca- digamos que en el momento me sorprendí, en el momento que pasó, me impactó, pero no me sorprende sabía que estaba mal

Lic- ¿sabías que estaba mal?

Ca- hace mucho... no me sorprendió

Lic- para adelante ¿qué pensás que tienen que cambiar?

Ca- yo pienso que se fuera a vivir con papá para disminuir el caos entre ellos, todo el tiempo una discusión pensé que estaba bien que se vaya, pero no estaba tranquila que este con papá, no estoy de acuerdo con cómo se maneja con nosotros o nos cría

Lic- hay un problema ahora, decías vos con mamá no, y con papá tampoco estoy tranquila ¿y vos Carmen?

M- en algunas cosas estoy de acuerdo, volviendo a que se desarma a familia, a partir de ahí no coincido con Camilo porque en realidad él miente o cambia la versión y la acomoda. En el acto de

proteger la violencia hacia la mujer, digo que miente porque dice que no ha visto y si ha visto. Incluso se desquitaba con vos (se refiere al tiempo que vivió con su papá y la mujer de él)

C- no se separaron por eso (se refiere a la relación del padre con la mujer) (se lo dice de forma confrontativa cortado el discurso)

M- (intenta seguir donde había dejado estando tranquila) en eso miente. Yo no vi, pero son versiones. Él es un violento, si hay que traer testigos...

Lic- ¿con Camilo?

M- el vínculo con él fue excelente hasta la visita... Catriel es un manipulador, tiene habilidad yo fui víctima, hice un trabajo de hormiga diciendo que no es para tanto, yo los metí ahí creyendo que no era para tanto, al principio no podía ni hablar de esto...

C- tus traumas de que no querías que nos veamos con papá hacías un escándalo o después de la visita ponías cualquier excusa si no haces esto no vas a la visita. Nos hacías sentir mal

Ca- coincido lo de Camilo, antes y después de la visita era un calvario

M- eso sí había caos antes y después

Lic- hablemos de la tensión entre ustedes dos (madre y Camilo)

C- ahí se empezó a caer la relación entre nosotros dos, después todo por ejemplo cosas de la personalidad mía por ejemplo pintarse las uñas

M- cuando empezó la visita, ahí empieza la falta de respeto de ellos y el cambio de conducta, los profesores se quejaban, se quedan de año...

C- no (rotundo y desafiante), me quedé porque no podía entrar

M- dejame hablar

C- no estás diciendo la verdad

M- ahí si me dejo manipular por los chicos porque quería ir con el padre "quiero quiero" empecé a decir bueno 1 hora más, yo abrí esa brecha y mientras más se habría más problemas había. Hay caos antes y después, sentí que se me iba de las manos lo de protegerlos para que no vean y aparecen nuevas conductas y silencios...

Lic- ¿nunca se pusieron a hablar?

M- tuve situaciones críticas...

Lic- ¿cómo papás no hablaron?

M- hablamos pocas veces cosas de los chicos, pero somos el día y la noche. Camilo se fue también porque yo le ponía muchos límites. Él se cambió de colegio (lo dice apenada)

C-(interrumpe) lo mejor que pude hacer...

M- se cambió... hasta el preceptor me dijo que lo saque de ese ambiente

Se plantea conflictiva por el banco del colegio con el padre ya que no había pagado y Camilo se queda sin colegio.

M- por el tema de la junta, la droga, y él me dijo droga hay en cualquier lado

C- si se hubieran comportado como adultos habría menos problemas

Lic- veo un clima familiar complejo. La pregunta es si quieren trabajar para ver las relaciones y los vínculos, son conflictivos, cuesta sentirse comprendidos, ir trabajando las relaciones...

M- yo obvio quiero soy la madre y los amo

Lic- hay que pensar en realizar cambios Carmen. ¿Vos Carola?

Ca- sí

Lic- ¿Camilo?

C- (piensa)... no se

Lic- bueno podemos trabajar con las que quieran

C- está bien si

Ca- ¿no va a estar mi papá presente?

Lic- podemos hacer con cada uno de los padres haríamos sesiones de 3 y 3, a lo mejor un día juntarse los 4.

Entrevista individual.

Fecha: 8/10/19

V: Entrevistador

C: Paciente

V- Hola Camilo, ¿cómo estás? Cuando quieras comenzamos con la entrevista... si querés puedes empezar vos contándome algo tuyo, por ejemplo, qué cosas te gustan o cuales no

C-Algo mío... no, creo que no...

V- lo que quieras...

C- me gusta juntarme con mis amigos hacer deporte, hacer tenis, pero ya lo dejé

V- ¿qué cosas no te gustan?

C- cosas que no me gustan. Cuando le pasa algo malo a un amigo, tipo verlos mal, que una persona trata como estando encima de otra, no sé cómo explicar ese sentimiento...

V- ¿te pasó esto a vos?

C- ehh si...

V- ¿me querés contar?

C- de chico, agarraban y yo era como enano entonces siempre como era más chico o más débil físicamente se aprovechaban, entonces tipo no me gusta cuando veo a una persona que se trata de aprovechar de otra

V- ¿en algún otro momento sentiste que se hayan querido aprovechar de vos?

C- cuando... me ha pasado a nivel relación sexual, como relaciones tóxicas, pero nada eso...

V- bueno... ¿a qué cole vas?

C- a uno cole público cerca del parque

V- ¿siempre fuiste a ese cole?

C- no

V- contame...

C- primero fui al público, después fui a uno privado, después de nuevo a otro público

V- ¿todo esto fue en el secundario?

C- no primario y secundario...

V- ¿por qué te cambiaste de cole?

C- porque me llevaba muchas materias, me llevé 12, pero las saqué así que bien

V- ¿en qué año estás?

C- en quinto

V- contame un poco de la internación, porque entraste...

C- entre por depresión y un intento de suicidio, ¿quieres que te cuente?

V- Sí, contame lo que quieras

C- básicamente hacía tiempo me venía sintiendo mal, y cada vez que salía me ponía muy mal...

V- ¿salir a qué le llamas?

C- a tomar con mis amigas, a bailar

V- principalmente en la noche

C- claro... pensé que era por eso entonces lo corté y me juntaba con los chicos a tomar mates, pero también me agarraba, de repente vi que me pasaba en mi vida diaria como que estaba bien y de repente sentía algo que me hacía mal y no le daba bola, no le daba bola, hasta que eso como que me hacía estallar y entraba como en una especie de crisis, me quería matar y me quería matar.

V- ¿hace cuánto más o menos?

C- de esto hace... desde este año

V- ¿antes todo bien?

C- antes me sentía mal, tenía depresión y pensaba en el suicidio, pero no tenía ninguna idea más seria de matarme, o sea este año yo le dije a los chicos que tenía la idea porque estaba pensando enserio tipo... pensaba cosas que antes no pensaba, calcular los horarios de mi viejo, cuando está en la casa o cuando no...

V- lo estabas planificando... ¿y porque asociabas el malestar con la noche?

C- no sé, no tengo la menor idea...

V- ¿no tuviste ningún tratamiento antes?

C- no, ninguno

V- ¿ninguna consulta al psicólogo o psiquiatra?

C- nada, este es mi primer encuentro

V- contame cómo transitaste la internación...

C- bien, estuve pensando mucho en mi internación, todas las cosas como que me podrían haber llegado a hacer sentir mal, mis pensamientos y ya estoy bien, ya tipo no tengo más ganas de matarme y tengo proyectos con los chicos de hacer cosas, de viajar y esas cosas...

V- buenísimo... ¿pensaste cuál era tu intención con esto?

C- mi intención era... yo creía que si me mataba...porque mi depresión iba por el lado de que yo le hago mal a todo el mundo, y entonces es como que cada vez pensaba que me tenía que alejar más para no hacerle daño a nadie, al punto que dije si me mato ya no le hago más daño a nadie, y a ellos les iba a doler y después lo iban a superar...

V- ¿a quienes pensás que le haces daño?

C- a mi familia y a mis amigos...

V- ¿porque te parece que tenés este sentimiento? ¿se te ocurre algo?

C- ¿cómo?

V- ¿porque pensás que le haces mal a los otros, te lo dijeron?

C.- pasamos situaciones donde... no se... siento que le hago mal o las cosa que les digo les hacen mal o cosas que hago yo y les hacen mal a ellos... y capaz no.... algunas veces no les hace mal, pero yo lo siento así...

V- ¿me podés dar un ejemplo de algo que hayas sentido que le hace mal a tu familia?

C- cuando por ejemplo quiero... por ejemplo me gusta pintarme las uñas y bueno nada... caer a casa con las uñas pintadas a mi vieja no le gustaban esas cosas, entrabamos a discutir y discutimos y mi mamá se iba y seguía llorando

V- contame de tu familia, ya que nombraste a tu mamá...

C- bueno mi mamá... no se ¿qué querés saber de mi familia?

V- lo que quieras contarme...

C- nada... mi mamá trabaja en un call center creo... no está mucho en casa, mi papá es guardia de seguridad así que también trabaja todo el día, pero tienen como problemas... onda... como que ninguno... su relación nunca termino... siguen las peleas, siguen discutiendo y teniendo conflictos. Después está mi hermana más chica, es la más chica de las hermanas, somos 4 hermanos... yo soy el más chico y está mi hermana más grande por 1 año y tengo dos hermanos por parte de padre...

V- ah bien...

C- yo con mi hermana... que... con ella pasábamos todo el día juntos y todas las malas situaciones juntos y ella todo el tiempo conmigo era como mi mamá y la quiero mucho

V-contame cómo es que la considerarás tu mamá...

C- la considero mi mamá porque... ella siempre me bancó en todo porque yo era re moquero y no sé si me mandaba un moco me cubría, me ayudaba y me aconsejaba cosas que me hacían bien... tipo no salgas tanto a la calle y hace más deporte algunas cosas así...

V- ¿si la tuvieras que describir?

C- si la tuviera que describir... ¿cómo persona?

V- cómo se te ocurra, contame como es tu hermana...

C- no sé, es como todo... como mi mundo, daría mi vida por ella la quiero una banda

V- ¿y a tu mamá, como la describirías?

C- como la persona que me dio la vida, y me amó también todo, pero como una persona tóxica...

V- ¿qué entendés vos por tóxica?

C- para mí una persona tóxica es una persona que te ama, pero te hace daño... tipo busca quererte y amarte, pero en la forma que lo hace no es de darte amor, sino que te terminan dañando...

V- ¿en qué te daña tu mamá?

C- en su forma de pensar, las cosas que me dice... no sé cómo se comporta... han pasado cosas de... no se... pongamos un ejemplo el tema del pañuelo del aborto si yo caigo a la casa se arma un escándalo y no sé qué cosa y nos deja encerrados en la casa sin salir sin contacto, sin celular

V- ¿pasó esto alguna vez?

C- ¿de qué nos deje encerrados? si... y bueno yo me escapaba, pero mi hermana no, se quedaba en casa...

V- ¿a tu papá como lo describís?

C- uff... como... mi viejo me hace acordar a mí porque pareciera que tuvo la misma vida que yo, pero de la forma que lo tomó no fue la mejor, él no se... guarda mucho rencor hacia todo el mundo y tipo todos los problemas... si está en pareja y cortan, cortaron porque la culpa fue tuya... o si no tengo una buena relación con él es por culpa mía y todas cosas así...

V- en el grupo dijiste que tu papá era impulsivo...

C- ¿impulsivo?

V- si cuando R explicaba lo de su situación, vos dijiste sos igual a mi papá...

C- ¿cómo?

V- vos dijiste mi papá es igual... en el grupo de adolescentes, te acordaras que hablamos de los impulsos

C- no me acuerdo, pero era por lo que había dicho el otro... no me acuerdo que era...

V- ¿y qué pasa con eso?

C- mi papá es impulsivo, tenés que agarrarlo con cuidado porque a veces no te das cuenta y te mete un bife porque él siente que le faltaste el respeto o algo y es nada que ver...

V- ¿siempre te pega tu papá?

C- no, la verdad nunca... desde la separación no le pega más a nadie que yo sepa... pero si tuvimos una pelea, tipo porque el cuestiona mi vida, y cosas así... y a mí no me gusta que se metan en mi vida y yo... no me acuerdo que me dijo y yo le dije como no se “andá a ...” y me pego una piña de atrás en la nuca, peleamos un toque y yo lo quería agarrar a él y todo un tema, tuvieron que separarnos...

V- ¿cuándo fue esto?

C- hace bastante...

V- ¿cuándo estuviste viviendo con él?

C- claro... al principio cuando me fui a vivir con él

V- me dijiste que después de su separación no le pego más a nadie, ¿y antes?

C- antes de la separación le pegaba a mi vieja...

V- ¿a vos?

C- indirectamente se podría decir...

V- ¿cómo te sentías con esta situación en tu casa?

C- impotente porque sos un pendejo de 4 años y tratás de separarlos y te pegan una cachetada y te dejan contra la pared no podés hacer nada... y no se te da bronca... y mucho sentimiento de decir... como... yo lo re quiero a mis viejos, pero desearía que se mueran. O sea, la forma más sana que encuentro de tener buena relación con ellos es alejarme lo más que pueda y verlos una vez cada mucho tiempo y esperar a que se mueran.

V- Bueno por lo que me contás pareciera que tu mamá te cuestiona tu vida, y tu papá también... tiene que ver con lo que le decías al licenciado de que vos no confiabas en tus papás...

C- claro... si tiene todo que ver

V- ¿porque no confiás en ellos?

C- cada cosa que le decís a ellos te lo usaban en tu contra... si yo le digo soy bisexual después vienen y me dicen “vos sos un gay de [...]”, en una discusión... es un ejemplo no es que haya pasado, esas cosas como que después te dicen algo y por eso no les cuento mis cosas y además que no están de acuerdo conmigo y si les dijera no me dejarían hacerlas, pintarme las uñas o cosas así...

igual mi papá es más suelto en ese sentido, mi mamá cualquier pensamiento distinto al de ella tipo de censura, te cancela

V- bien... ¿cómo podrías describir la relación con tu mamá?

C- diría que es una... al principio la mejor de las relaciones yo la amaba a mi vieja y ella me quería un montón también a mí... después se rompió completamente y ahora estamos como tratando de repararla...

V- ¿cuándo pensás que se rompió?

C- cuando volvimos a la visita a ver a mi papá, porque por un montón de tiempo no lo vimos... mi mamá cambia completamente, todo el tiempo... eso hizo que la relación se rompa toda y eso hizo que yo me fuera de casa...

V- contame de la terapia familiar... ¿cómo les fue?

C- bien

V- ¿pudieron hablar de los motivos de tu internación?

C- si...creo que si no me acuerdo bien... soy una persona de memoria a corto plazo...

V- ¿qué rescataste vos?

C- lo que yo rescato de la internación es que creo que mi mamá tipo... porque siempre se echaron... en mi familia tipo la pelota... mi mamá “es que mi papá” que se yo y mi papá “porque tu vieja” ... entonces como la culpa es tuya o es tuya y en la terapia familiar dijimos vos tenés culpa en todo esto y quedo pensando...

V- que importante esto que hicieron con tu hermana, súper importante para hacer algún movimiento familiar... o sea que vos rescatas esto que le pudieron decir, ¿nunca se habían podido sentar a hablar?

C- no así no.... nunca

V- ¿vos pensás que tuvo que pasar esto para que se sentaran a hablar?

C- la verdad que si...

V- ¿van a continuar?

C- yo creo que si

V- ¿cómo describirías la relación con tu papá?

C- la relación con mi papá la describiría como... buena, pero tiene sus asperezas o roces, es muchísimo mejor que la relación con mi mamá, pero... él tiene como una ideología no tiene como su posición muy marcada como mi mamá distinta a la mía, pero la diferencia es que él como que

entiende... te deja que tengas tu opinión distinta, a pesar de que a veces le cueste aceptar un conflicto, pero es mucho mejor, por eso me fui a vivir con él

V- valoras mucho esto de que el otro te dé lugar para tu opinión o para pensar distinto. Estaría bueno que se lo plantees a tu mamá. ¿Con quién de la familia tenés más afinidad?

C- con mi hermana

V- ¿y más diferencias?

A- con mi mamá...

V- me habías dicho que tu papá vive con tu abuela ¿no?

C- sí

V- vos cuando te mudaste con tu papá vivía con tu abuela... ¿cómo es la relación con ella?

C- eh... es buena... pero a veces no es muy buena, tenemos conflictos porque ella es alcohólica y a veces está todo bien y a veces te manda a la [...] cuando está ebria, pero tipo a mi... tipo siempre nos llevamos bien... me gustaría como que no fuera tan alcohólica y no me trate mal a veces

V- ¿esto se habla en la familia? ¿alguna vez lo hablaste con tu papá?

C- mi papá está esperando que... la ama a mi abuela, pero espera que se muera porque no se pueden ni hablar, hablan y chocan...

V- ¿ellos no se llevan bien?

C- claro... y mi papá con mis abuelos se lleva mal por todas las cosas que pasaron que son peores que las que yo viví, pero... tratan como de mantenerse en familia entonces como son todos como una bomba de tiempo nos llevamos bien y a los segundos mal y a los segundos bien...

V- si tuviéramos que pensar a futuro... ¿qué esperas de tu mamá? después de la internación...

C- sinceramente nada... yo tengo muchas dudas... dudas no sé si ella va a cambiar o me va a decir que va a cambiar y va a volver a hacer lo mismo de antes...

V- vuelve esto de que no confiás en ella... ¿se te ocurre alguna forma para que puedas confiar? ¿que podría pasar?

C- no.... yo creo que... prefiero morirme antes que llamar a mi mamá... porque no confío en ella no tengo contacto, no le cuento mi vida, a mi papá tampoco

V- ¿de tu papá que esperarías?

C- de mi papá un poco más... cosas buenas

V- ¿cuáles por ejemplo?

C- que... no se... cambie su punto de vista y que reconozca que él es el problema y no todos, que piense que tal vez él también se equivoca y que está todo bien... como que tenga más autocrítica

V- ¿te considerarás una persona crítica?

C- si...

V- esto de que vos venias mal desde principio de año, ¿sabía alguien?

C- mis amigos nada más...

V- de tu familia nadie, ¿ni tu hermana?

C- ni mi hermana

V- ¿porque se lo contaste a tus amigos y no a tu familia?

C- a mi familia porque iba a ser peor, menos a mi hermana, aunque mi hermana si sabía, yo no se lo quería decir a ella porque no la quería poner mal... pero ella medio que ya lo sabía... a mi familia a nadie porque... siento que agravaría las cosas más que mejorarlas

V- ¿que tienen tus amigos que no tiene tu familia?

C- ellos me escuchan y me aconsejan tipo quieren lo mejor para mi

V- ¿quién de tu familia pensás que te puede escuchar?

C- mi hermana nomas... o mis hermanos alguno de los 3

V- ¿suelen hablar cosas personales?

C- si...

V- ¿ante alguna otra cuestión familiar, pasó de que no se hable?

V- ¿cómo?

V- si ante algún otro conflicto familiar, pasa esto de que no se habla...

C- siempre mi familia se termina enterando de parte de mi papá, de mi mamá no.... tapan las peleas... pero nadie hace nada

V- ¿cuándo te vayas de alta pensás volver al cole?

C- sí...

V- ¿qué tenés pensado?

C- ponerme al día y sacar todas las materias e irme de vacaciones

V- ¿qué cambios en tu vida pensás hacer? respecto de la vida que venían teniendo hasta la internación...

C- cambios en mi vida... quiero tener más proyectos, no tenía proyectos no tenía nada... hacer algún deporte, algo que me distraiga

V- ¿y con el tema del consumo?

C- dejarlo... tipo yo no tengo ganas de consumir nada...

V- bueno... vamos a hacer una actividad ahora... voy a anotar los nombres de toda tu familia...

V- si tuvieras que ubicar de acuerdo a la proximidad entre ustedes cuatro, ¿cómo los ubicamos?

C- ¿quién está próximo a mí?

V- en relación a todos...

C- yo estoy próximo a mi hermana... mi mamá estaría un poco próxima entre mi hermana y yo, pero más con la Caro... y yo estoy más próximo a mi papá, sería así...

V- si tu mamá se fuera, para siempre... a vivir a la China, no la ves más... ¿cómo te sentirías vos?

C- bien no me afectaría... le haría un llamado cada tanto para ver como esta

V- ¿ella como pensás que se sentiría?

C- mal, extrañaría hablar todos los días como acá, todo el día pensando en cómo estoy yo y mi hermana

V- ¿y si tu hermana se va?

C- ahí si me afectaría, la extrañaría y querría saber cómo esta

V- ¿qué pasaría con ustedes 3 si tu hermana se va?

C- yo diría que sí, pero no sé qué pasa, no sé qué haría yo

V- ¿y en la relación entre ustedes con tu mamá?

C- justamente por eso... se haría un poco un caos

V- ¿y si se fuera tu papá?

C- si se fuera mi papá... estaría todo bien tipo no lo extrañaría ni nada le pegaría un llamado a veces para ver cómo está

V- ¿tu mamá como se sentiría si se fuera tu papá?

C- mi mamá... sería lo mejor que le pasó en la vida porque piensa que todos estos problemas que tenemos son por él

V- ¿vos como lo pensás?

C- para mí no es así... él tiene un par de culpas en los problemas que tenemos, pero no tiene toda la culpa y es lo que mi mamá no entiende...

V- y quedás vos... ¿qué pasa si te vas para siempre?

C- yo diría que ellos estarían bien...

V- ¿pensás que estarían bien? ¿los 3?

C- sí... tal vez mi mamá o mi papá o la Caro se sentirían mal un tiempo, pero después estarían bien

V- ¿y vos como te sentirías yéndote?

C- bien...

V- ¿y en relación a tus otros dos hermanos?

C- bien pero no tengo una relación tan fuerte como con la Caro

V- ¿alguna vez viviste con ellos dos?

C- no...

V- ¿algo más que me quieras contar?

C- no...

V- bueno muchas gracias Cami.

Entrevista a familiar: padre.

Fecha: 16/10/19

Se trabajan cuestiones en relación al paciente, se le pregunta si está al tanto de como esta, él dice: *“lo vi bien”,* pero que: *“no se confíe tanto de él ya que es muy inteligente y eso le permite acomodar la situación a su conveniencia, por lo que puede decir que está bien y en realidad no lo está”,* *“le va a hacer escuchar lo que usted quiere escuchar”,* *“no se sabe si es la verdad o piensa lo contrario”.* Comenta que esto es algo que le ha pasado con él.

Comenta que Camilo es muy cerrado, que escucha, pero no se expresa, *“le explico, le pongo ejemplos”,* *“avanzó bastante estando conmigo”.*

El licenciado le pide que le cuente sobre la historia de cuando fue a vivir con él, *“el año pasado luego de una crisis con la madre, le dije me lo llevo conmigo”* *“lo hice pasar de año”,* cuenta que lo cambió de colegio debido al problema de adicciones *“fue lo mejor que pude hacer”,* cuenta que con esto se hizo más responsable y no tuvo más problemas de conducta. *“También miente mucho”,* y agrega que su hijo: *“no selecciona mucho las amistades”,* *“es amigo de personas con mucho dinero y otras que venden en la plaza San Martín”.*

En relación a este año comenta que venía bien, aunque algunas veces se escapa del hogar y no volvía, el licenciado le pregunta si se exacerbaron los consumos. Comenta que con la madre tienen la peor de las relaciones.

Con respecto al amigo que se suicidó dice que desde ahí no se recuperó, *“estaba depresivo, mal, cerrado en sí mismo, y tuve miedo que le pasara lo mismo”,* *“empezó de nuevo con el consumo de drogas”.* Luego de esto viene el intento de suicidio, lo internan y la madre se lo quiere llevar con ella a lo que el padre consideró que estaba bien, pero sucede una nueva crisis y cuando lo internan él se entera a la semana *“la madre me pidió que no interviniera porque iba a ser contraproducente”.* El licenciado le aclara que el viernes anterior tenía entrevista de familia y no había asistido, aclara que fue por inconvenientes laborales.

El licenciado le dice: *“tu hijo mentalmente está en condiciones de irse, las ideas depresivas se le han ido, también se ha desintoxicado, está en condiciones de irse, el asunto es afuera”.* Catriel dice: *“no le voy a mentir”* y comenta que se puede ir a vivir con él ya que está buscando un lugar para ambos con condiciones de seguridad, aunque la relación con la madre es imposible y no cree que vaya a mejorar *“es una persona muy autoritaria, muy arbitraria, y que tendría que estar ella*

acá, porque no la entiendo”, “algunas cosas pasan más por los sentimientos que por la cabeza”, y refiere a que no pudo ver a sus hijos por 4 años, y que no pudo ni sacar las cosas de su casa, “tuve que mover cielo, mar y tierra para volver a verlos”, “si fuera por ella yo tendría que estar a 4 metros bajo tierra y ella sería feliz, no es el mismo sentimiento que yo tengo hacia ella porque sé que es su madre”.

Comenta también que *“algunas veces Camilo pedía ver a su madre y lo llevaba y cuando llegaba por ejemplo con un arito era un desastre”.*

“Estoy tratando de buscar un departamento. para nosotros dos, en la zona cerca de su madre y su hermana, del colegio”, respecto a la relación con la abuela dice que ella no tiene buena relación con nadie.

El licenciado le comenta que Camilo: *“plantó bandera”* y no quiere irse a vivir con su madre lo cual le parece muy fuerte, y se plantea que lo más saludable sería mantener el compromiso de buscar un lugar para ellos dos y que mientras tanto quién se ofreció a tenerlo es una hermana de la madre, el padre se niega y dice que no quiere cederle la responsabilidad de su hijo a otra persona.

Se le pide que, como institución, se requiere que asista a la terapia de familia y que quede asentado el compromiso de él de buscar otro espacio. Se recalca que el vínculo de hermandad con Carola sería lo más sano que Camilo tiene y sobre todo si él trabaja mucho tiempo que ella pueda acompañarlo.

“El problema acá es la mamá, busqué un departamento a la vuelta de su casa y ella no quiere, es una postura que me genera rechazo”.

Se propone que luego de que se concrete la entrevista de familia, tenga permiso los días del fin de semana volviendo a dormir a la clínica y la semana siguiente se irá de alta. Se escribe todo lo hablado y se le hace firmar en conformidad y compromiso.

Entrevista de seguimiento.

Fecha: 16/10/19

Comienza la entrevista comentando que había estado el padre. El licenciado bromea diciendo: *“¿qué hacemos con vos? con tu mamá no hay forma”*, el paciente dice: *“sería con mi tía o con mi papá”*, el terapeuta responde: *“tu padre se ofreció a llevarte con él, sin embargo, hay algunas cuestiones para trabajar, primero que trabaja mucho y por lo tanto estarías mucho tiempo solo, se comprometió a buscar un departamento para que viven ustedes dos”*, se le pregunta qué tan creíble es esto y responde que si lo va a hacer. El adolescente comenta: *“pienso que me puedo manejar un toque solo, pero de distinta forma”*.

Continúa el licenciado diciendo que él ve al padre medio ausente, el paciente contesta *“siempre fue así”* *“yo me quiero manejar solo”*. El terapeuta confronta diciendo: *“no hay forma que te manejes solo, olvidate la fantasía de vivir solo a los 18, estás internado te quisiste matar, consumiste todo tipo de drogas, estás en situación de vulnerabilidad”*.

El paciente afirma que él quiere volver al cole y se le comenta que la prueba es que el papá asista a terapia familiar para ver si puede irse a vivir con él, aunque tengo mal vínculo con su abuela: *“no puedo darte el alta si no se si tu papá es de confiar o no”*.

Se comunica que lo mejor sería que se vaya la semana que viene para esperar a la terapia familiar el día viernes y se propone salida para el día sábado y domingo.

Se aclara que siga teniendo vínculo con su hermana ya que es el vínculo más sano que tiene y posible alta el día martes: ya sea a lo el padre o a la de la tía. Otra posibilidad sería que se vaya con la tía hasta que su papá consiga un lugar para vivir ellos solos. El paciente asiente y dice que le parece bien, se sonríe: *“me río de que mi familia siempre fue media caótica y le da dolores de cabeza, me da gracia”*.

Licenciado: *“te quiero decir que si el viernes no aparece tu papá hay que pensar en otra alternativa”*. El paciente pregunta si cuando salga puede volver al colegio enseguida- se propone que la primera semana se va a ver: *“pasa el tiempo y quiero volver al colegio”*, *“me preocupan los trabajos atrasados y no quiero perder el año”*. Se aclara que se entregará un informe para rendir a través de trabajos prácticos para no estresarse.

Lectura sistémica de la terapeuta de familia.

Subsistemas.

Los subsistemas, había un parento- filial, armado por el padre con el paciente designado, después el subsistema fraterno que estaban los dos hermanos, un subsistema individual compuesto por la mamá y otro subsistema individual compuesto por la hermana que no lograba armar un subsistema materno- filial con la mamá y funcionaba sola.

En relación a las alianzas, coaliciones o triangulaciones, había alianza entre los dos hermanos, eso es una relación de alianza y después había una coalición intergeneracional entre el padre y el hijo en contra de la mamá, esas fueron las coaliciones, porque después la mamá hacía mucha fuerza por coligar también con los hijos en contra del padre, pero la hermana no dejaba armar esa coalición y rigidizaba mucho su límite en el sistema individual justamente para evitar ser interferida con eso, la madre no lograba armar esa otra coalición intergeneracional, entonces alianza entre los hermanos y coalición intergeneracional entre Catriel y Camilo en contra de Carmen.

Lectura del caso.

En relación a la lectura del caso es una pareja conyugal en un conflicto crónico, con un divorcio beligerante y restricción, y ninguno de los padres ni la madre ni el padre, pueden ver a los hijos por fuera del conflicto entonces los hijos se transforman en posibles aliados para sostener la disputa con el otro cónyuge que es el objeto de ataque y entonces hacen este juego de intentar coligar a los hijos en el conflicto pero sin poder registrar ninguna necesidad de los hijos por fuera de la conflictiva de ellos dos.

Hipótesis relacional.

Como hipótesis relacional yo iría por la línea de que el hijo hace el síntoma en convivencia con el padre que es justamente con quien él arma la coalición en contra de la madre, entonces, haciendo el síntoma, de alguna manera delata su absoluta incomodidad y disfunción ocupando ese espacio de aliado del padre en contra de su mamá, entonces devela que él no está bien en esa posición y genera un movimiento en el cual la madre tiene que ser convocada a partir también de que él devela esa posición disfuncional en la que está. Al respecto de los cambios parece que se

refuerza, no se pudo trabajar porque fueron sólo dos sesiones, pero cuando él ve que la madre toma lo que él hizo para seguir peleando contra del padre, en lugar de poder pensar el lugar de disfunción en el que está puesto el hijo, ahí se refuerza la coalición de el con el papá, cuando él ve que la lectura que hace el sistema es nuevamente usar lo que él hizo para potenciar la guerra vuelve a reforzarse la coalición.